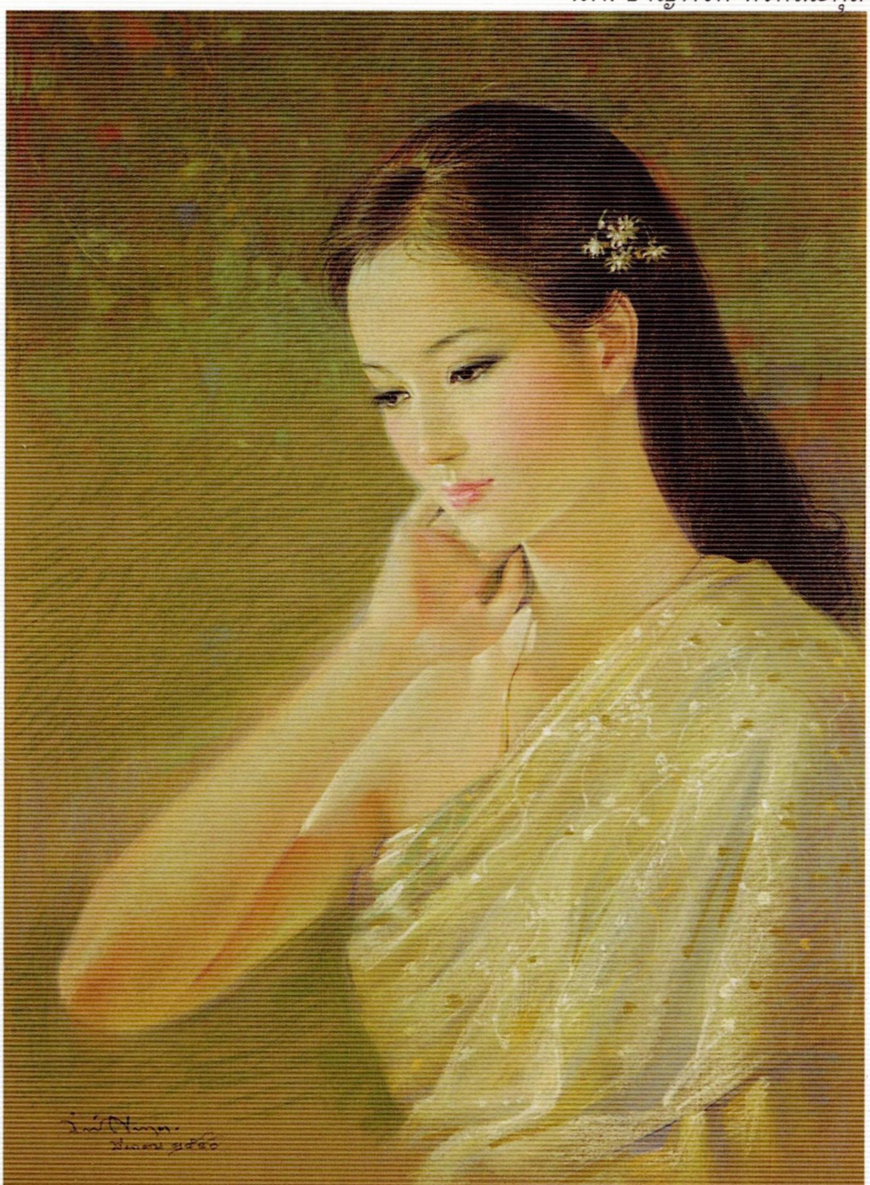
เรียนรู้จากผู้ป่วย

นพ. ชาญพงค์ ตังคณะกุล



ศูนย์สมองและระบบประสาท

BANGKOK HOSPITAL



เรียนรู้จากผู้ป่วย

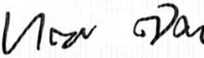
นพ. ชาญพงค์ ตังคณะกุล

ทัดดอกโมกแมกไว้ ไรผม
อวลอ่อนซ่อนหยังผม ช่อไม้
อบอายแอบสายลม ลอยรื่น รวยริน
กรุ่นกลิ่นประทิ่นไล้ ลูบเนื้อนวลหอม

อัลลิสศร สดประเสริฐ
๑๑ มีนาคม ๒๕๕๘
รพ. กรุงเทพ

เรียนรู้จากผู้ป่วย

Signature in Stroke Care



นพ. ชาญพงค์ ตังคณะกุล
บรรณาธิการ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

เรียนรู้จากผู้ป่วย.-- พิมพ์ครั้งที่ 4.-- กรุงเทพฯ: ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ, 2559.

260 หน้า.

1. หลอดเลือดสมอง--โรค. I. ชาญพงค์ ตังคณะกุล, บรรณาธิการ. II. ชื่อเรื่อง.

616.81

ISBN 978-616-406-898-8

เรียนรู้จากผู้ป่วย

จัดพิมพ์โดย : ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ
2 ซอยศูนย์วิจัย 7 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่
เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
http//:wwwbangkokhospital.com

บรรณาธิการ : นพ.ชาญพงค์ ตังคณะกุล

ปกหน้า : ทัดดอกโมก สีปาสเตล ฝีมือจักรพันธุ์ โปษยกฤต

ปีที่พิมพ์ : มีนาคม 2559

จำนวนพิมพ์ : 5,000 เล่ม

จำนวนหน้า : 260 หน้า

พิมพ์ที่ : บริษัท พี.เพรส จำกัด
โทร 02-742-4754-5

ราคา: 99 บาท

บริจาคให้กับมูลนิธิเวชดุสิตฯ เพื่อกิจกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

อ่านฉบับ E-book ได้ที่ www.ookbee.com
หรือเพิ่มเติมได้ที่ application OOKBEE

อาจารย์ สถานศึกษา
สอนตำรา วิชาการ
แม่พิมพ์แลชำนาญ
ประสบการณ์ นั้นคือครู
คนไข้ ช่วยให้หมอ
ศึกษาต่อ เติมความรู้
โรคภัย วิจัยดู
โดยเรียนรู้ จากผู้ป่วย

จองศักดิ์ รถประเสริฐ
๒๙ มกราคม ๒๕๕๘
โรงพยาบาลกรุงเทพ

คำนำพิมพ์ครั้งที่ 4

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่พบบ่อยและยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับชาติ กล่าวคือเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนไทย ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนและระดับประเทศ โรคนี้หากรักษาไม่ทันท่วงทีมักจะมีความพิการตามมา

ศูนย์สมองและระบบประสาทโรงพยาบาลกรุงเทพได้จัดพิมพ์ **"คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง"** ฉบับปรับปรุงขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหรือญาติที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้มีความรู้นำไปปฏิบัติป้องกันไม่ให้เป็นโรคเกิดซ้ำอีก และฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด กลับไปมีชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคมเช่นที่เคยอย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่สนใจในสุขภาพของตนเองและคนใกล้ชิด

ในฉบับที่ปรับปรุงใหม่ในครั้งนี้มีความรู้และนวัตกรรมในการรักษาและแนวทางการดูแลต่าง ๆ เช่น การนอนกรนและหยุดหายใจระหว่างหลับเป็นความเสี่ยงอย่างหนึ่งในการเกิดโรคสมองตีบตัน อาหารป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันโดยการใส่สายสวนหลอดเลือด ยาละลายลิ่มเลือดที่ใช้ในการรักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะตัวใหม่ ตลอดจนการฝึกกลืนและการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อต้องการกลับบ้าน การให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดจากหลายสาเหตุ อาการและการดำเนินโรคจึงแตกต่างกัน ผมได้ปรึกษานายแพทย์ชัยยศ คุณานุสนธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพตั้งแต่ปี 2557 ในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ โดยมีรูปแบบซึ่งนำประสบการณ์จริงของผู้ป่วยมาเรียบเรียงใหม่ในมุมมองของผู้ป่วยหรือญาติ และมีบทความอธิบายสาเหตุ แนวทางการวินิจฉัยโรค การรักษาและการป้องกัน ซึ่งเขียนโดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลกรุงเทพสำนักงานใหญ่ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพฟื้นฟู นักจิตวิทยา และนักกำหนดอาหาร

สุดท้ายนี้ ทางคณะผู้จัดทำหวังว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล จะสามารถใช้ประโยชน์จากหนังสือเล่มนี้เป็นคู่มือในการดูแลตนเองและคนที่เรารักได้จริงในชีวิตประจำวัน

นพ. ชาญพงศ์ ตังคณะกุล
บรรณาธิการ
25 มีนาคม 2559

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ครอบครัวของคุณใหม่ เจริญปุระ, คุณสุพิชัย นวรัตนศิริ, คุณสมชาย ชีวชื่น, คุณอัญชลี แซ่เบ๊, คุณอภิวรรณ ภูกิตติกุล, อาจารย์ นพ.พงษ์พีระ และ อาจารย์ พญ.พรรณพิศ สุวรรณกูล, อาจารย์จักรพันธุ์ โปษยกฤต ศิลปินแห่งชาติ ที่อนุญาตให้นำประสบการณ์การเจ็บป่วยมาให้เรียนรู้ และได้ภาพวาดฝีมือของอาจารย์จักรพันธุ์ โปษยกฤต มาประกอบในคู่มือให้ดูสวยงามน่าอ่าน และทางมูลนิธิจักรพันธุ์ โปษยกฤต ยังได้สมทบทุนเพื่อสนับสนุนการพิมพ์หนังสือเล่มนี้อีกด้วย รวมทั้งคุณวัลลภิศร์ สดประเสริฐ ที่ได้ช่วยแต่งกลอนและเขียนบทความของอาจารย์จักรพันธุ์ และ ผศ.วัชราภรณ์ อาจหาญ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะมนุษยศาสตร์ ภาควิชาวรรณคดี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ได้ช่วยขัดเกลาภาษาให้สวยงามและถูกต้อง ความช่วยเหลือจากนักกายภาพที่แสดงในบทความกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่

1. น.ส.นัฏฐาภรณ์ สิทธิวงค์ (ผู้ป่วยหญิง)
2. น.ส.พริทศา มนต์ประสิทธิ์ (นักกายภาพ)
3. นายสถาพร ตนะทิพย์ (ผู้ป่วยชาย)
4. น.ส.ศันสนีย์ ฐิตะสมบูรณ์ (เจ้าหน้าที่ช่วยCPR)

หนังสือเล่มนี้สำเร็จได้ด้วยความมุ่งมั่นและตั้งใจของทีมนักเขียนจากชมรมเหลาอักษรที่ต่างก็มีงานประจำอยู่แล้ว แต่มีความสามารถในการเขียนถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตออกมาเป็นเรื่องสั้นที่น่าติดตาม ได้แก่ พญ.พรเพ็ญ พงศทันธรรม อายุรแพทย์ ร.พ.กรุงเทพ, คุณต่วนอิสกันดาร์ ดาโต๊ะมูลียอ ฝ่ายด้านการตลาดต่างประเทศ ร.พ.กรุงเทพ และคุณชญาดา กลิ่นพงษา ผู้จัดการแผนกกิจการต่างประเทศ ร.พ.สมิติเวชศรีนครินทร์ โดยได้รับการประสานงานเป็นอย่างดีจากคุณสุปาณี เสงี่ยมศักดิ์ ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ

สุดท้ายขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์สมองโรงพยาบาลกรุงเทพที่ช่วยพิมพ์ต้นฉบับ, ตรวจทานและประสานงานกับโรงพิมพ์จนเป็นรูปเล่ม ได้แก่ คุณสุดจิตต์ พิบูลย์, คุณเบ็ญจมาส ศิลวัฒนานุสานติ์, คุณนริศรา สร้างการนอก, คุณศิริรัตน์ ประสิทธิกร

นพ. ชาญพงศ์ ตังคณะกุล
บรรณาธิการ

คำนิยม

หนังสือเล่มนี้เป็นผลงานที่น่าชื่นชมของ นพ.ชาญพงค์ ตังคณะกุล กับเพื่อนแพทย์ นักวิชาการ และนักเขียนหลายท่าน และเป็นความฝันที่เป็นจริงของผม ที่อยากให้มีหนังสือที่อ่านง่าย ๆ ได้ความรู้ ซึ่งมาจากเรื่องจริง ที่สำคัญคือให้ได้เห็นว่าความรู้ทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเรียนรู้อาการและอาการแสดงของโรคนั้นไม่ใช่เพื่อตัวเราเอง แต่เพื่อคนที่เรารัก คนที่เราใกล้ชิด คนที่เราอยู่ด้วย

ผมเชื่อว่าหลังจากอ่านหนังสือเล่มนี้แล้ว พวกเราทุกคนจะมีความสามารถให้การดูแลเบื้องต้นกับคนที่เรารักได้ เพราะเวลาเป็นปัจจัยสำคัญมากที่จะชี้ผลการรักษา นอกจากนี้สำหรับคนไข้บางรายที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง การจัดสรรเวลาก็เป็นปัจจัยที่ทำให้การฟื้นตัวประสบผลสำเร็จ มาเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกัน เพื่อคนที่เรารักครับ

นพ. ชัยยศ คุณานุสนธิ์

กุมภาพันธ์ 2559

ผู้นิพนธ์

นพ. ชาญพงค์ ตังคณะกุล พบ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

- Fellowship in Stroke Medicine
- University of Edinburgh, UK
- ผู้อำนวยการศูนย์โรงหลอดเลือดสมอง
- ผู้อำนวยการศูนย์สมองและระบบประสาท
  โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

รศ.นพ. ฑิตพงษ์ ส่งแสง พบ., ว.ว. (รังสีวิทยา)

- Research fellowship in Neuroradiology, Head and neck
- Radiology, MGH and MEEI, CHB, Harvard University, Boston, MA, USA
- Clinical fellowship in Interventional Neuroradiology (INR), Bicetre Hospital, University of Paris, France and TWH University of Toronto, Canada
- รองศาสตราจารย์ ภาควิชารังสีวิทยา
  คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

นพ. เผ่าพงศ์ พีรพัฒน์มงคล พบ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

- Fellowship in Stroke Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
- Certification in Comprehensive Neurosonology, The American Society of Neuroimaging, USA
- ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

พญ. จิตปภา พงศ์มรกต พบ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

- Fellowship in Stroke Medicine University of Toronto, Canada
- ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

นพ. จักริน ลบล้ำเลิศ พบ., ว.ว. (ประสาทวิทยา)

- Certification in Epilepsy, Chulalongkorn Hospital, Chulalongkorn University
- Fellowship in Sleep Medicine and Epilepsy
- Case Western Reserve University, Ohio, USA
- ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

นพ. นพสิทธิ์ ธนะธีระพงศ์ พบ. วว. (เวชศาสตร์ฉุกเฉิน)

- Certification of Training Instructor of Advance Cardiac Life Support from AHA 2014
- Certification of Training Advance Trauma Life Support
- Certification of Training Pediatric Advance Life Support
- แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

พญ. ประภาภรณ์ ปราชญ์พยนต์ พบ., ว.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)

- Certification in The Functional Capacity Evaluation Program, Roy Matheson and Associates, New Hampshire, USA
- ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

พญ. ชนันภรณ์ วิพุธศิริ พบ., ว.ว. (ต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิสม)

- Fellowship in Endocrinology Unit, Phramongkutklao Hospital.
- Honorary Clinical Observer in Endocrinology, Austin Health, University of Melbourne.
- ศูนย์เบาหวาน ไทรอยด์และต่อมไร้ท่อ
  โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

ภก. จักรพันธุ์ ชมสวน ภ.บ.

- เภสัชกรคลินิก แผนกเภสัชกรรมคลินิก
  โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

ภญ. จิตต์ชนก ชาญสตบุตร ภ.บ.

- เภสัชกรคลินิก แผนกเภสัชกรรมคลินิก
  โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

พว. พัฑฒิดา พากเพียร

- ปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
  โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

พว. จิตติมา กาญจนไพโรจน์

- ปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- ศูนย์บริการฉุกเฉิน เครือโรงพยาบาลกรุงเทพ (BES)

คุณดิลก บุญเนตร

- วิทยาศาสตรบัณฑิต (กิจกรรมบำบัด) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- เชี่ยวชาญด้านกิจกรรมบำบัด
- ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

คุณสิริรัตน์ ประยูรพีรพุฒิ

- วิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด)
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
  (สาขาความผิดปกติของการสื่อความหมาย) มหาวิทยาลัยมหิดล
- เชี่ยวชาญด้านแก้ไขการพูดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยเด็ก
  ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

คุณนัฎฐาภรณ์ สิทธิวงค์

- วิทยาศาสตรบัณฑิต (กายภาพบำบัด) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัดด้านระบบประสาทและสมอง
- ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

คุณกนกนาถ ด้วงช่วย

- วิทยาศาสตรบัณฑิต ภาควิชาโภชนวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาโภชนาการเพื่อการป้องกันและบำบัด สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ตำแหน่ง นักกำหนดอาหาร แผนกโภชนบำบัด โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

คุณอกนิษฐา สีบุญเรือง

- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก) มหาวิทยาลัยมหิดล
- นักจิตวิทยาคลินิก เชี่ยวชาญด้านสมอง
- ศูนย์สมองและระบบประสาท โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

คุณต่วนอิสกันดาร์ ดาโต๊ะมูลียอ

- International Marketing Coordinator
  โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

พญ. พรเพ็ญ พงศหันธรรม

- Internal Medicine
  โรงพยาบาลกรุงเทพ สำนักงานใหญ่

คุณชญาดา กลิ่นพงษา

- International Affairs Manager
  โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

สารบัญ

สารบัญ



มัทนะพาธา สีน้ำมัน ฝีมือจักรพันธุ์ โปษยกฤต

มัทนะพาธา

หญิงชายยามเริ่มรู้ระสะเสนหคติรัก
ใจก็หลายจัก ระเริงใจ,
อันดวงมาลีกุพฺชะกะสีผิวะให้
ฟังจะรู้ได้ ว่ารักแท้,
และหากดมดอกกุพฺชะกะพะก็จะแก้
เดือดร้อนดวงแด และสุขพลัน.
ขอมาลีศรีกุพฺชะกะสีริสุคันธ์
จงประดิษฐ์พรรณ พิรันดร!

พระราชนิพนธ์
ใน
พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว

นาทีชีวิต

คุณต่วนอิสกันดาร์ ดาโต๊ะมูลียอ

สัจธรรมพิสูจน์ให้เราเข้าใจในประโยคนี้อย่างแจ่มชัดในหลายๆเรื่องราว

มันเป็นวันที่สดใส อากาศบริสุทธิ์ ทำให้รู้สึกสดชื่นเมื่อได้สูดลมหายใจเข้าไปเต็มปอด เคล้าด้วยแสงแดดยามเช้าอันอบอุ่น ทักทายผู้คนในภูเรือให้ลุกขึ้นมารับของขวัญในชีวิตเหมือนทุก ๆ วัน

พระอาทิตย์ขึ้นทักทายผืนดินได้ไม่กี่ชั่วโมง

ปรากฏภาพของคุณแม่ที่ยืนเลือกซื้อดอกไม้ ดูสีหน้ามีความสุขกับบรรดาสีสันของกลีบดอกนับร้อยชนิดที่วางอยู่ตรงหน้า

ด้วยความที่คุณแม่ชอบต้นไม้เป็นทุนเดิม การได้ชมดอกไม้ พูดคุยกับเจ้าของร้าน ดูจะเป็นช่วงเวลาที่คุณแม่ได้ผ่อนคลายกับชีวิตอันเหน็ดเหนื่อยในเมืองหลวงได้มากทีเดียว

ไม่กี่อึดใจ ขณะที่นาฬิกาข้อมือของแมว ลูกสาวที่ยืนข้างกายเสมือนเป็นเงาของคุณแม่ปรากฏเลข 06.40 น.

คุณแม่ที่ประดับรอยยิ้มเต็มหน้า ก็ทรุดตัวล้มลงไปต่อหน้าต่อตา !!!

"แม่คะ แม่เป็นอะไรคะ ?!!?" คำถามที่น้ำเสียงแฝงไปด้วยความตกใจของลูกดังลั่น แมวตั้งสติพร้อมก้มลงพยุงตัวแม่

"แม่คะ ... แม่พูดสิคะ...!!!" ความตกใจเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณเมื่อไม่มีคำตอบจากปากของคุณแม่ แมวพยายามกระตุ้นให้คุณแม่พูดออกเสียงแม้เพียงเสียงแผ่วเบา ก็สามารถทำให้คลายความวิตกไปได้มาก แต่กลับไม่เป็นเช่นนั้น

เสียงเงียบของคุณแม่ กระชากความรู้สึกของลูกและคนรอบกายเป็นอย่างยิ่ง

แมวตัดสินใจเรียกมายผู้เป็นน้อง ให้ช่วยพยุงคุณแม่อีกแรง พร้อมย่อตัวเพื่อให้คุณแม่ได้ลุกขึ้นยืน

น่าตกใจที่คุณแม่ล้มลงเมื่อครู่

ไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้ด้วยแรงพยุงอย่างที่หวัง เพราะคุณแม่หมดแรงไปอย่างเร็วพลัน

สถานการณ์ในช่วงเช้าวันนี้ กลับกลายมาเป็นวิกฤตพายุชีวิต ของดอกไม้ดอกหนึ่ง

คุณแม่ที่ทักทายพูดคุย ชมดอกไม้และยิ้มได้ก่อนหน้านี้ ในตอนนี้กลับไม่สามารถสื่อสารออกมาเป็นคำพูดใด ๆ ได้นอกจากดวงตา

แมวและมายรีบพยุงตัวแม่ออกมาจากร้าน ขับรถมุ่งหน้าไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดโดยทันที

"แม่ทำใจดี ๆ ไว้นะ เข้มแข็งไว้นะคะ เดี๋ยวก็ถึงโรงบาลแล้วค่ะ" แมวจับมือแม่แน่นพร้อมกระซิบบอกแม่ทั้งน้ำตา

รถสีดำนำสี่ชีวิตพุ่งทะยานบนท้องถนนมุ่งหน้าสู่โรงพยาบาลภูเรืออย่างรวดเร็ว

สิบนาทีต่อมา รถจอดลงนิ่งที่หน้าแผนกฉุกเฉินพร้อมกับเสียงขอความช่วยเหลือที่มุ่งไปยังหมอ

"ช่วยด้วยค่ะ ช่วยด้วยค่ะ คุณหมอ !!!" แมวรีบเปิดประตูพร้อมตะโกนลั่น

ไม่ทันสิ้นเสียง ก็มีเจ้าหน้าที่พยาบาล เข็นเตียงพร้อมนำตัวคุณแม่เข้าสู่ห้องฉุกเฉินแซงหน้าคุณแมวและมายที่เพิ่งช่วยกันพยุงคุณแม่ขึ้นเตียงไป

เจ้าหน้าที่พยาบาลรีบจับอุปกรณ์วัดความดันโลหิตของคุณแม่ที่นอนแน่นิ่ง ไร้การสื่อสารใด ๆ

ชั่วครู่เลขความดันปรากฏขึ้นต่อทุกสายตา พร้อมเสียงวิตกกังวลของคุณหมอ

"ความดันคุณแม่สูงไม่น่าไว้ใจ ผมจะให้ยาลดความดันก่อน พร้อมรอดูอาการอีก 20 นาทีนะครับ" สิ้นคำพูดของหมอ ยิ่งทำให้แมวและมายอยู่ในอาการวิตกกังวล

การรอคอยเพียงแค่ยี่สิบนาที นับเป็นช่วงเวลาที่บีบรัดหัวใจของแมวและมายมาก เวลาแต่ละนาทีผ่านไปอย่างเชื่องช้า แมวนั่งมองเข็มวินาทีที่เดินไปเรื่อยๆตามจังหวะอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ผิดกับอาการของแม่ที่ยังไม่มีการขยับอวัยวะใด ๆ ไม่มีแม้แต่เสียงเรียกของแม่ที่แมวรอฟังอย่างใจจดใจจ่อ

"ขอให้แม่ปลอดภัย แม่จะต้องไม่เป็นอะไร" แมวกับมายได้แต่ภาวนาในใจ สองพี่น้องจับมือกันแน่นพร้อมรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน

เข็มนาฬิกาเดินครบเวลานัดหมาย หมอและพยาบาลจับคุณแม่ตรวจความดันโลหิตอีกครั้ง หน้าตระหนกของหมอ แมวและมาย ปรากฏต่อหน้าตัวเลขวัดความดันที่ไม่ได้ลงตามที่หวัง

"ความดันของคุณแม่ยังไม่ลงเลยครับ หมอขอเพิ่มยาลดความดันให้นะครับ"

เสียงแนะนำของหมอที่หวังให้ตัวเลขอันตรายนี้ลดลงพร้อมอาการผู้ป่วยที่ดีขึ้น

"คุณหมอคะ แมวว่าส่งไปโรงพยาบาลจังหวัดด่วนเลยดีกว่า"

แมวรีบตัดสินใจอย่างเด็ดเดี่ยว ท่ามกลางวิกฤตกายของแม่ที่แน่นิ่งอยู่เบื้องหน้า ชีวิตของแม่ในตอนนี้ต้องแข่งกับเวลา การตัดสินใจที่รวดเร็วจึงเป็นทางเลือกของแมวที่จำเป็นต้องทำในตอนนี้

เส้นทางคดเคี้ยว ลาดชันไปตามภูผารวมระยะทางกว่าห้าสิบกิโลเมตร กับผู้เดินทางที่หัวใจเต็มไปด้วยความกังวล ยิ่งทำให้มีความรู้สึกว่าการเดินทางครั้งนี้ดูยาวนานนัก อีกนานเท่าไหร่กันกว่าจะถึงที่หมาย แต่นั่นก็มิได้ทำให้การเดินทางของบทเรียนชีวิตย่อท้อ

การส่งต่อคุณแม่ไปโรงพยาบาลจังหวัดเลยใช้เวลาอย่างรวดเร็วเพียงแค่ภายในหนึ่งชั่วโมง

คุณแม่ถูกนำส่งไปยังแผนกฉุกเฉินอย่างเร่งด่วน

แมวปรากฏกายอยู่หน้าห้องฉุกเฉินด้วยความรู้สึกที่คละเคล้าไปด้วยความหวัง ความกังวล ความห่วงใย และความรู้สึกอื่น ๆ ที่พรั่งพรูกลั่นออกมาเป็นหยดน้ำตา

ภายในห้องฉุกเฉิน ภาพคุณแม่นอนอยู่บนเตียงคนไข้เบื้องหน้าแมว ซึ่งเป็นภาพที่ลูกทุกคนไม่ค่อยอยากจะเห็นเท่าใดนัก แมวและมายรีบก้าวเท้ามุ่งไปยังเตียงของแม่ พร้อมจับมือแม่แน่น น้ำตาที่แมวพยายามกลั้นไว้ บัดนี้ได้อาบสองพวงแก้มอย่างหยุดไม่ได้

แม่ แมว และมาย จับมือกัน สื่อสารกันด้วยดวงตา ทุกคนรับรู้ถึงความรู้สึกซึ่งกันและกัน

เวลาในห้องฉุกเฉินผ่านไปเนิ่นนาน ในความรู้สึกของแมวเหมือนเวลาไม่ได้ผ่านไป แต่เวลาได้ถูกหยุดไว้ บางครั้งชีวิตของคนเรานี่แสนสั้น หากไม่มีสัญญาณชีวิตใดเข้ามาสะกิดให้รู้ตัว

แมวสะดุ้งเมื่อรู้สึกว่ามือของแม่บีบมือเธอ

แมวเรียกมายให้มองดูมือแม่ที่บีบตอบเธอ

สองพี่น้องยิ้มตื่นตัน

เพียงไม่กี่อึดใจ

"มะ...แม ...แมว" เสียงเรียกของแม่ประหนึ่งเสียงสวรรค์ที่ฉุดหัวใจของลูกทั้งสองขึ้นมาจากเหวลึกอีกครั้ง

แมวไม่เคยได้ยินเสียงเรียกชื่อเธอที่เพราะเช่นนี้มาก่อนเลย พร้อมเผลอเขย่ามือแม่ที่บีบมือตัวเองแน่นอย่างตื่นเต้น

"แม่ แม่พูดได้แล้วมาย..." แมวกล่าวอย่างตื่นเต้น

พร้อมเห็นรอยยิ้มกว้างของมายเป็นครั้งแรกนับตั้งแต่เผชิญมรสุมชีวิตในเช้าวันนี้

แลดูเหมือนพายุในช่วงเช้า เริ่มคลี่คลายขึ้น

แต่มรสุมยังไม่สิ้นสุด...

หัวใจของแมวและมายที่เต็มไปด้วยความหวังและความสุขเมื่อครู่กลับกลายร่างเป็นความวิตกกังวล ร้อนรน อีกครั้ง เมื่อแม่ไม่สามารถพูดสื่อสารและขยับร่างกายได้อีก

แมวและมายนั่งปรึกษาอาการคุณแม่กับคุณหมอซึ่งยังไม่ดีขึ้นมากนัก

แมวมีสีหน้าวิตกอย่างเห็นได้ชัด หมอเสนอทางเลือกในการรักษาแม่ทันที

"ผมจะให้ยาสลายลิ่มเลือดฉุกเฉินดีกว่าครับ แม้ว่าจะมีผลข้างเคียงบ้าง แต่ในสถานการณ์เช่นนี้ ผมว่ามันจำเป็น"

"ผลข้างเคียงที่หมอว่า คืออะไรคะ ?" แมวถามด้วยความตั้งใจ

อาจจะเกิดเลือดออกในสมองได้ประมาณ 6% แต่ประโยชน์ที่ได้รับยาก็มากกว่าครับ

สิ้นเสียงของหมอ ห้องทั้งห้องก็ตกอยู่ในความเงียบงัน

...

แมวมองหน้าผู้ป่วยที่นอนแน่นิ่ง จ้องมองแววตาเสมือนการถามการตัดสินใจของแม่

แม่พยายามส่ายหัวและส่งแววตาแสดงออกถึงการปฏิเสธในใจ

หมอรอคำยินยอมจากแมวหลังจากให้แนวทางการรักษาและข้อมูลยาไป

"ไม่ดีกว่าค่ะ" แมวพูดทำลายความเงียบภายในห้อง

"ลองพิจารณาดี ๆ นะครับ หนึ่งล้านคนเป็นหนึ่งคนก็ต้องทำ เอาชีวิตไว้ก่อนนะครับคุณแม่ ลูก ๆ อยากให้คุณแม่กลับมาสบายดีโดยเร็ว"

คุณหมออธิบายโน้มน้าวด้วยข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้ จนคุณแม่แสดงแววตายินยอมฉีดยาสลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษาฉุกเฉินนี้ เพื่อเป็นการขยายโอกาสในการรักษาชีวิตในนาทีวิกฤตเช่นนี้

หลังจากฉีดยาได้สักพัก แมวและมายดูอาการของแม่อย่างใกล้ชิด

แมวรับรู้ได้ว่าแม่เริ่มสบายตัว อาการต่าง ๆ เริ่มดีขึ้น

แต่ไม่ได้ทำให้แมวและมายวางใจในอาการนี้ได้เลย เพราะต่างคนต่างรู้ดีว่าอาการของแม่ดีขึ้นแค่ชั่วคราวเท่านั้น แต่ในระยะยาวก็ยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าอาการของแม่จะเป็นอย่างไรต่อไป

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันนี้ ทำให้เหมือนเวลาผ่านไปอย่างช้า ๆ

แมวย้อนนึกถึงเหตุการณ์ตั้งแต่เช้าในร้านดอกไม้ที่คุณแม่ล้มลง แม่ถูกพามายังโรงพยาบาลภูเรืออย่างรวดเร็ว และส่งต่อมายังโรงพยาบาลจังหวัดเลยในตอนนี้ ลึก ๆ แล้วแมวเองก็ยังไม่แน่ใจเลยว่าอาการของแม่จะไปในทิศทางใด

แมวตั้งมั่นอธิษฐานขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์คุ้มครองให้แม่ปลอดภัย การรักษาและดูแลคนที่สำคัญที่สุดในชีวิต แม้จะเหนื่อยยากแค่ไหน เธอก็ยอมจะทุ่มเททั้งกายใจ

วิกฤตชีวิตสำคัญในวันนี้ทำให้แมวแทบไม่มีเวลาในการติดต่อใครเลย

มายผู้เป็นน้องจึงเข้ามาเติมเต็มหน้าที่โดยการแจ้งข่าวไปยังบรรดาสมาชิกครอบครัวถึงสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมความคืบหน้าของอาการคุณแม่เป็นระยะ ๆ

แมวล้มตัวนอนด้วยร่างกายที่อ่อนเพลีย แต่ดวงตาของแมวและมายก็ยังเฝ้ามองคุณแม่อย่างไม่คลาดสายตา สองพี่น้องเผลอหลับไปโดยที่ไม่รู้สึกตัวท่ามกลางพายุที่ยังไม่จางหาย

เช้าวันรุ่งขึ้น...

แมวตัดสินใจติดต่อคุณหมอ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมองมหานครเมืองไทย ซึ่งอยู่ไกลจากเตียงคุณแม่นอนในตอนนี้กว่า 540 กิโลเมตร

คุณหมอฟังอาการของคุณแม่ทางโทรศัพท์อย่างละเอียด และให้ความเห็นว่าอาการยังน่าเป็นห่วงจึงได้แนะนำให้ส่งต่อคุณแม่เข้ามากรุงเทพฯ โดยเร็ว

"ผมแนะนำให้รีบส่งคุณแม่เข้ามากรุงเทพเลยนะครับ ยิ่งเข้ามาเร็วเท่าไร โอกาสในการหายดีก็จะยิ่งกว้างมาก ผมจะรอรับที่กรุงเทพ หากเดินทางออกเมื่อไร แจ้งให้ผมทราบด้วยนะครับ" คุณหมอส่งคำแนะนำอย่างห่วงใย

"ค่ะ คุณหมอ แมวจะรีบพาคุณแม่กลับกรุงเทพตอนนี้เลยค่ะ"

แมวเชื่อมั่นในความเข้มแข็งของตัวคุณแม่ที่พร้อมสู้ร่วมกับลูก ๆ อยู่เสมอ จึงตัดสินใจได้อย่างไม่ลังเล

ส่วนมายก็รีบแจ้งให้สมาชิกครอบครัวที่อยู่กรุงเทพได้ทราบ เพื่อเตรียมรับคุณแม่ ณ โรงพยาบาลปลายทาง

แมวติดต่อคุณหมอในโรงพยาบาลประจำจังหวัดเลย เพื่อจัดรถพยาบาลมุ่งหน้าสู่มหานครทันที

เสียงไซเรนคำรามตั้งแต่เช้าจากเมืองเลยมาถึงกรุงเทพในเวลาค่ำ

"มนต์" น้องสาวอีกคนที่อยู่กรุงเทพ ได้มาอยู่พร้อมกับคุณหมอที่มารอรับคุณแม่อยู่แล้ว

ทีมเจ้าหน้าที่พยาบาลรีบพาคุณแม่เข้ารักษาที่หอผู้ป่วยวิกฤต ICU และคุณหมอได้ทำการ X-ray เส้นเลือดสมองทันที

"คุณหมอต้องช่วยเต็มที่นะคะ ทำอะไรได้ก็เต็มที่เลยค่ะ" มนต์ น้องคนสุดท้องสะท้อนความรู้สึกให้คุณหมอรับทราบ

"ครับ ผมจะพยายามเต็มความสามารถครับ" คุณหมอพยักหน้ารับปากอย่างมุ่งมั่น

น้ำตาที่ไหลออกมาจากเบ้าตาของลูกแต่ละคน บ่งบอกความห่วงใยอันทะยานขึ้นมาจากก้นบึ้งหัวใจ

ไม่กี่อึดใจ คุณหมอถือผลเอกซเรย์สมองของคุณแม่เข้ามาแจ้งแก่บรรดาสมาชิกที่นั่งรออยู่ในห้องพักญาติใกล้หอผู้ป่วยวิกฤต อย่างเร่งรีบ

"ผลเอกซเรย์สมองพบว่าหลอดเลือดในสมองทางด้านหลังของคุณแม่ มีอาการตีบแคบจากโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นมานาน และไขมันในเลือดสูง" คุณหมออ่านผลเอกซเรย์ให้แมวและน้อง ๆ ที่เข้ามาเฝ้าอาการคุณแม่ได้ฟังถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดมรสุมชีวิตในครั้งนี้ ทำให้ทุกคนต่างอุ่นใจได้ระดับหนึ่ง ด้วยความที่คุณแม่เข้าถึงคุณหมอผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในเวลาที่รวดเร็ว เครื่องมือที่พร้อมทำให้การวินิจฉัยมีความแม่นยำ อย่างน้อยที่สุดก็ทำให้รับรู้ถึงสาเหตุของวิกฤตชีวิตนี้เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสำหรับคุณแม่ต่อไป

มาถึงตอนนี้กำลังใจจากครอบครัวที่พรั่งพรู ก็พร้อมส่งให้คุณแม่อย่างเต็มกำลัง

"แล้วคุณหมอจะให้คุณแม่ทำอะไรบ้างคะ ?" เสียงของมายดังขึ้นพร้อมสายตาของลูก ๆ ทุกคนจ้องไปยังคุณหมอ

"คนไข้ต้องรับการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลอีกซักระยะนะครับ เพราะเรารู้สาเหตุแล้วว่ามันเกิดจากที่ไหน อย่าลืมนะครับ ว่าคุณแมวและน้อง ๆ ทุกคนต้องช่วยกันให้กำลังใจ มาดูคุณแม่ทุก ๆ วัน คุณแม่จะได้มี

กำลังใจสู้ ทุกคนมาพร้อมหน้ากันอย่างนี้ ผมเชื่อว่าคุณแม่ต้องกลับมาได้เร็วแน่" คุณหมอกล่าวพร้อมรอยยิ้มที่ทำให้ทุกคนสบายใจ

มรสุมเริ่มมีสัญญานคลี่คลาย แต่ยังทะมึนดำไม่จางหายเสียที คืนนี้พี่น้องทุกคนตัดสินใจพักใกล้โรงพยาบาล เป็นการรวมพลังใจครั้งสำคัญพร้อมกันทุกคนที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน มันเป็นแรงใจที่ยิ่งใหญ่ที่ทำให้ทุกคนทราบว่าคุณแม่สำคัญต่อชีวิตครอบครัวมากขนาดไหน

เช้าตรู่ของวันใหม่...

มนต์ และ มาย รีบเข้ามาเฝ้าอาการคุณแม่อย่างกระตือรือร้น จนแทบไม่ได้ทานข้าวเช้าเพราะเป็นห่วงอาการคุณแม่อย่างมาก

แมวผู้เป็นพี่รู้ถึงข้อนี้ดี จึงอาสาเป็นผู้จัดหาซื้ออาหารเช้าให้น้องทั้งสองคนเอง

แม่ลืมตาขึ้นมาอย่างช้า ๆ

พยายามจะเรียกเอ่ยเป็นคำพูดออกมา แต่ก็ทำได้เพียงแค่คิดเท่านั้น

เมื่อปากยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการ ร่างกายของแม่ทั้งแขนขาแม้จะยังขยับไม่ได้ถนัดนัก แต่ลูก ๆ ก็ช่วยกันบีบนวดเป็นระยะ ๆ เพื่อให้แม่ได้ผ่อนคลาย และรับรู้ถึงพลังใจที่ส่งต่อกันมาให้อย่างไม่สิ้นสุด

ความยากลำบากในมรสุมนี้โดนชะล้างด้วยความห่วงใยที่ครอบครัว ญาติ และบรรดาเพื่อนสนิทได้มอบให้

การแวะเวียนเข้ามาให้เห็นหน้า สอบถามอาการ ให้กำลังใจ นับเป็นการบำบัดทุกข์ทางใจของคุณแม่ได้เป็นอย่างดี

กิจกรรมกายภาพที่เริ่มต้นด้วยการ เพิ่มความเข้มแข็งให้ร่างกายสู่แรงใจที่บอกความตั้งใจอันมุ่งมั่งที่จะก้าวกลับไปเป็นร่มไทรแก่ลูก ๆ มันเป็นพลังใจยิ่งใหญ่ ที่แม้นจะใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นบ้านหลัง

ที่สองเพียงหนึ่งสัปดาห์ ในที่สุดสายรุ้งก็ปรากฏหลังพายุมรสุม

"แมว..." คุณแม่เริ่มออกเสียง สื่อสาร และขยับตัวได้ นำพารอยยิ้มอันมีค่ามหาศาลกลับสู่ครอบครัวอีกครั้ง

"ทานอะไรมาหรือยังล่ะ ?" แม่ถามลูกด้วยความห่วงใย

"เรียบร้อยแล้วค่ะแม่...แม่ล่ะพร้อมกลับบ้านไหม ?" แมวตอบและถามกลับด้วยรอยยิ้ม

"พร้อมตั้งแต่เมื่อวานแล้ว..." แม่ตอบพร้อมยิ้มและกอดลูกด้วยความดีใจ มันเป็นช่วงดอกไม้บานของชีวิตแม่ ที่ได้พิสูจน์การต่อสู้ลมพัดท่ามกลางพายุ ที่ลูก ๆ ได้เชยชม สัมผัสถึงความเข้มแข็ง ที่ฝ่าฟันได้ด้วยแรงใจผสานเทคโนโลยีที่ถูกต้อง ถูกเวลา

แม่เป็นดอกไม้ที่ลูก ๆ ต้องร่วมใจช่วยกันดูแลท่านอย่างทะนุถนอม

มีวินัยในการทานยา ออกกำลังกาย ประเมินผลกับคุณหมอเป็นประจำทุกสามเดือน ปลดปล่อยความเครียดหรือกังวลใจในตัวให้หมดสิ้น ประตูบ้านบานเดิมเปิดต้อนรับดอกไม้บานช่อใหญ่

แม่กลับมามองต้นไม้สีเขียวหลากหลายต้น เห็นสวนที่ตนเคยรดน้ำพรวนดิน เห็นกรอบรูปที่บรรจุความสดใสของลูก ๆ ได้ยินเสียงเพลงของลูกรักอีกคน มันช่างไพเราะยิ่งนัก

รอยยิ้มกลับมาปรากฏเปล่งปลั่งอีกครั้ง

วิกฤตพายุชีวิตพัดผ่านครั้งนี้

สร้างโอกาสให้ดอกไม้ช่อนี้ได้เบ่งบาน ด้วยสายใยแห่งความรัก

และความตระหนักถึงเวลาชีวิต ที่คอยดูแลคนที่มีค่าที่สุดในโลก

ให้โบกสะบัด เด่นชัดในใจตลอดไป.

รู้รักษ์สมอง ห่างไกลอัมพาต

นพ. ชาญพงค์ ตังคณะกุล
นพ. จักริน ลบล้ำเลิศ
พญ. ชนันภรณ์ วิพุธศิริ
ภญ. จิตต์ชนก ชาญสตบุตร
พว. จิตติมา กาญจนไพโรจน์

อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นอาการของแขน ขา หรือหน้า ซีกใดซีกหนึ่ง ชา อ่อนแรง พูดไม่ชัด พูดไม่ถูก ลิ้นแข็ง หรือเคลื่อนไหวลำบาก หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ อย่างทันที ทันใด เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก ทำให้เนื้อสมองขาดอาหาร และออกซิเจน เนื้อสมองเสียหาย ถ้าไม่รีบรักษาเนื้อสมองจะตาย เกิดความเสียหายถาวรในที่สุด และเนื่องจากสมองเป็นศูนย์รวมของการสั่งการการทำงานของอวัยวะในร่างกาย เมื่อเนื้อสมองส่วนใดเสียหายหรือตาย ก็จะส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะภายใต้การควบคุมของสมองส่วนนั้น อาการอาจเกิดแบบทันทีทันใด ค่อย ๆ เป็นมากขึ้นในช่วง 2-3 วัน หรือเป็น ๆ หาย ๆ สาเหตุอาจแยกได้ง่าย ๆ เป็น 2 กลุ่มก็คือ กลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน พบประมาณ 70% และกลุ่มเลือดออกในสมองประมาณ 30%

โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

ทำไมเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจึงเกิดการอุดตัน มี 3 สาเหตุใหญ่ ๆ ดังนี้

1. เกิดจากมีการตีบแคบลงเรื่อย ๆ ของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งในคนไทยมักจะเป็นจากสาเหตุนี้
2. มีก้อนเลือดแข็งตัวขนาดเล็ก หลุดจากลิ้นหรือผนังหัวใจลอยไป

ตามกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดในสมอง เช่นในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ผู้ป่วยที่หัวใจโต

3. เกิดจากมีการตีบแคบลงเรื่อย ๆ ของหลอดเลือดที่คอซึ่งไปเลี้ยงสมอง ซึ่งอาการถ้าเป็นหลอดเลือดที่คอด้านหน้าตีบ ในระยะแรกอาจจะมาด้วยอาการแขนขาชา หรืออ่อนแรงเป็นพัก ๆ หรือบางรายมีอาการพูดไม่ออกหรือพูดไม่ชัด แต่ถ้าเป็นหลอดเลือดด้านหลังตีบ จะมาด้วยมีอาการมึนงง เป็น ๆ หาย ๆ ความจำไม่ดี หรือตามัวลง

อาการและความรุนแรง

เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกันและหลอดเลือดในสมองมีหลายขนาด อาการของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาของโรค ตำแหน่งที่เกิดการตีบตันในสมอง และขนาดของหลอดเลือดว่าเป็นหลอดเลือดใหญ่ หรือหลอดเลือดขนาดเล็กตีบตัน

อาการของโรคแยกความรุนแรงได้เป็น 3 ระดับ

1. อาการน้อย อาการจะไม่มาก อาจมีพูดไม่ชัด มุมปากตก แขนขาไม่มีแรง แต่พอเดินได้ มักไม่มีอาการปวดศีรษะ กลุ่มนี้ถ้าได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ ภายใน 2 – 4 สัปดาห์มักจะกลับคืนเกือบปกติหรือปกติในบางราย
2. อาการปานกลาง อาการจะเปลี่ยนแปลงเร็ว อาจเกิดทันทีทันใดและอ่อนแรงมากขึ้นจนขยับไม่ได้ หรือพูดไม่ได้เลย กลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อสังเกตอาการและรับให้การรักษาในโรงพยาบาล เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ภายใน 3 – 5 วันหลังจากเริ่มมีอาการ เช่น ซึมลงจากสมองบวม หรือ มีภาวะเลือดซึม การฟื้นตัวในกลุ่มนี้จะเริ่มเห็นชัดในประมาณสัปดาห์ที่ 3

และอาการมักจะไม่กลับมาเป็นปกติ อาจมีอาการเกร็ง พูดไม่ชัด ต้องทำกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง และต้องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ช่วยในชีวิตประจำวัน เช่น ไม้เท้า รถเข็น

3. อาการหนัก มักไม่รู้สึกตั้งแต่ต้น หรืออาการซึมลงเร็วมากภายใน 24 ชั่วโมง กลุ่มนี้มักเกิดในผู้ป่วยที่หลอดเลือดสมองตีบตันขนาดใหญ่ในผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคประจำตัวหลายอย่างแล้ว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือเคยเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตมาก่อน กลุ่มนี้มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น การติดเชื้อในปอดจากการสำลัก สมองบวม ผู้ป่วยมักจะต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ต้องใส่เครื่องหายใจเพราะผู้ป่วยจะหายใจเองไม่ได้ และบางรายต้องผ่าตัดเพื่อลดภาวะสมองบวม เมื่อพ้นระยะวิกฤตไปแล้ว ผู้ป่วยจะฟื้นตัวได้ระดับหนึ่งแต่ไม่มาก เนื่องจากเนื้อสมองถูกทำลายไปมาก ส่วนใหญ่จะอยู่บนเตียงหรือรถเข็น มักจะต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือตลอดและต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งเนื่องจากปัญหาการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ

ใครบ้างที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอัมพฤกษ์อัมพาต

มีคนเคยกล่าวไว้ว่า You are what you eat คือเราทานอาหารอย่างไรสุขภาพของเราก็เป็นอย่างนั้น โรคสมองขาดเลือดมักเกิดในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งเป็นสาเหตุร่วมกันทั้งโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ปัจจัยต่าง ๆ สามารถแยกได้ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่

1. โรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีความดันโลหิตสูง 70% ภาวะโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติ 3 เท่าเพราะ

จะทำให้หลอดเลือดแข็งตัวได้ง่ายขึ้น ระดับความดันโลหิตที่ถือว่าสูงนั้นต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มม.ปรอท ซิสโตลิก (ความดันตัวบน) และ/หรือมากกว่า 90 มม.ปรอท ไดแอสโตลิก (ความดันตัวล่าง) บางครั้งจะพบว่าความดันโลหิตสูงเพียงตัวเดียวเท่านั้น ก็ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง ต้องควบคุมให้อยู่ในระดับปกติ ทั้งตัวบนและตัวล่าง ความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการให้เห็น คนส่วนใหญ่จึงไม่ค่อยทราบว่าเป็นความดันโลหิตสูงหรือไม่ ทุกคนจึงควรรู้จักระดับความโลหิตของตนเองและรักษาให้อยู่ในระดับที่ปกติเสมอ

2. โรคเบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเวลานาน ๆ โดยมิได้รับการรักษา หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีอัตราเสี่ยงในการเกิดอัมพาตชนิดหลอดเลือดตีบได้สูง เพราะโรคเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย โดยจะมีหลอดเลือดแข็งทั่วร่างกาย และถ้าเป็นที่หลอดเลือดสมองจะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้น และตีบแคบทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดเป็นอัมพาตได้

ระดับน้ำตาลในเลือดปกติเมื่ออดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Plasma Glucose) ควรจะมีค่าน้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ส่วนระดับน้ำตาลสะสมเฉลี่ย 3 เดือนย้อนหลังหรือ HbA1C ในคนปกติควรน้อยกว่า 5.7%. ถ้าระดับน้ำตาลสะสมอยู่ระหว่าง 5.7-6.4 % จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานแฝงและถ้าระดับน้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 6.5% จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ถ้าระดับน้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 7% จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคเบาหวานขึ้นตาและทำให้การทำงานของไตเสื่อมเร็วขึ้น และถ้าระดับน้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับ 8%

จะเพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดและโรคอัมพฤกษ์อัมพาตได้

3. โรคหัวใจ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจชนิดขาดเลือดไปเลี้ยงมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2-5 เท่าของคนปกติ และถ้าผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด เอเตรียล ฟิบริลเลชั่น มีโอกาสเสี่ยงถึง 6 เท่า ซึ่งสาเหตุก็อาจจะเกิดจากมีลิ่มเลือดวิ่งไปอุดที่สมองหรือเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอจากการทำงานของหัวใจผิดปกติ
4. การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่จะเป็นปัจจัยเสริมทำให้ผู้ป่วยเกิดอัมพาตได้ง่าย โดยผู้ที่สูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นอัมพาตได้มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 1.5 เท่า และความเสี่ยงจะมากขึ้นเมื่อปริมาณการสูบบุหรี่ที่มากขึ้น และเมื่อหยุดบุหรี่เลย 2-5 ปี จะพบโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง 30-40 %
5. หลอดเลือดแดงที่คอตีบหรืออุดตัน เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยขึ้น โดยผู้ป่วยบางราย ถ้ามีอาการตีบน้อย ๆ จะยังไม่มีอาการ สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจอัลตร้าซาวน์หลอดเลือดคอ (Carotid Duplex) หรือเอกซ์เรย์สนามแม่เหล็กของสมอง (MRA Carotid)

ปัจจัยเสี่ยงรอง ได้แก่

1. การมีไขมันในเลือดสูง โคเลสเตอรอลที่สูงจะทำให้เกิดเป็นก้อนไขมันเกาะติดผนังหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวแข็งขึ้นและหลอดเลือดตีบแคบ เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอทำให้เกิดเป็นอัมพาตได้
2. ภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) การศึกษาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า ประมาณ 60-70 เปอร์เซ็นต์

ของคนไข้ที่มีประวัติการเกิดสมองขาดเลือดมาก่อน มีโอกาสมีภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับร่วมด้วย ผู้ที่มีอาการหยุดหายใจในขณะนอนหลับโดยเฉพาะอย่างยิ่งในคนที่อาการดังกล่าวค่อนข้างรุนแรงจะ มีโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองตีบตันมากกว่าในคนที่ไม่มีอาการหยุดหายใจในขณะหลับหรือมีอาการดังกล่าวแต่ไม่รุนแรงนัก

เหตุที่ภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับในระยะยาวส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองได้ก็เพราะว่าภาวะผิดปกติทางการหายใจดังกล่าวในขณะหลับมีผลทำให้ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดลดลงจนสมองต้องมีการตื่นตัวเพื่อปลุกให้ผู้ที่มีภาวะดังกล่าวหายใจเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งส่งผลให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นจากเดิมเป็นช่วง ๆ รวมทั้งความดันโลหิตไม่ค่อยลดลงในขณะนอนหลับอย่างที่ควรจะเป็น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ในระยะยาวมีผลทำให้ผนังเส้นเลือดเสื่อมเร็วขึ้น จนสุดท้ายส่งเสริมในการเกิดโรคหลอดเลือดในสมองตีบตันในอนาคต หลาย ๆ การศึกษายังพบด้วยว่าการควบคุมภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับด้วยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งการใช้เครื่องเป่าลมเพื่อช่วยลดภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับ (Continuous Positive Airway Pressure Therapy; CPAP) อย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยลดโอกาสการเกิดโรคสมองหลอดเลือดในสมองตีบตันได้บางส่วน โดยสามารถประเมินโอกาสหยุดหายใจขณะนอนหลับจากแบบสอบถาม STOP-BANG ข้างล่าง

STOP-BANG

เป็นแบบประเมินโอกาสมีการหยุดหายใจ หรือหายใจลดลงในขณะนอนหลับ (Obstructive Seep Apnea) หรือที่เราเรียกกันสั้น ๆ ว่า OSA แบบประเมินนี้มีคำถามอยู่ 8 ข้อ ถ้าผู้ถูกประเมินมีอาการ หรือตรวจพบตาม

คำถาม โดยตอบใช่เท่ากับ หรือมากกว่า 3 ข้อขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อการหยุดหายใจ หรือหายใจลดลงในขณะนอนหลับ (High Risk for OSA) คำถามทั้ง 8 ข้อมีดังต่อไปนี้

แบบประเมิน STOP-BANG

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1.	อาการกรน (Snoring): มีอาการกรนดัง (ดังกว่าเสียงคุยกัน หรือดังออกไปนอกห้องนอน)		
2.	อ่อนเพลีย (Tired): มีอาการอ่อนเพลีย ล้า หรือ ง่วงนอนในช่วงกลางวัน		
3.	หยุดหายใจ (Observed Apnea): มีคนสังเกตว่าคุณหยุดหายใจในขณะนอนหลับ		
4.	ความดันโลหิตสูง (Blood Pressure): คุณถูกตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง		
5.	ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ซึ่งคำนวณจากน้ำหนักตัวเทียบกับส่วนสูง (kg/m^2) BMI ของคุณมากกว่า 35		
6.	อายุ (Age): อายุของคุณมากกว่า 50 ปี		
7.	ความยาวรอบคอ (Neck Circumference): ความยาวรอบคอของคุณมากกว่า 40 ซม.		
8.	เพศ (Gender): คุณเป็นเพศชาย		

หมายเหตุ:

- แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่ใช้ร่วมกับการซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินการหยุดหายใจ หรือหายใจลดลงในขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนอนหลับ

- แบบประเมิน STOP-BANG นี้อย่างเดียวไม่สามารถใช้ในการวินิจฉัยการหยุดหายใจ หรือหายใจลดลงในขณะนอนหลับได้ การยืนยันการวินิจฉัยและประเมินระดับความรุนแรงของ OSA ยังคงต้องใช้การตรวจการนอนหลับ (Polysomnography)

3. แอลกอฮอล์ อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงได้ถ้าดื่มเป็น ปริมาณมาก คือ ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1 drink ในผู้หญิง หรือดื่มมากกว่า 2 drink ในผู้ชาย (1 drink คือ วิสกี้ 30 ซีซี หรือ ไวน์ 180 ซีซี หรือ เบียร์ 360 ซีซี) เพราะจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดแตกตามมา แต่ถ้าดื่มในปริมาณที่ไม่มากอาจจะมีฤทธิ์ป้องกันได้

4. ภาวะขาดการออกกำลังกาย การที่ไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเป็นปัจจัยทำให้ผู้ป่วยอ้วนและเกิดภาวะเครียด ซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมต่อการเกิดอัมพาต ยิ่งกว่านั้นยังพบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอช่วยลดน้ำหนัก ลดความดันโลหิต ลดระดับไขมันที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และเพิ่มไขมันที่เป็นประโยชน์ กล่าวคือทำให้หลอดเลือดแข็งตัวอีกด้วย

5. ฮอร์โมน ยังไม่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างชัดเจน ยกเว้นในผู้หญิงที่รับประทานในขนาดที่สูงร่วมกับมีความดันโลหิตสูง หรือสูบบุหรี่

6. นิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป จนทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงหรือเป็นโรคอ้วนได้ โดยภาวะโรคอ้วนลงพุงหรือ Metabolic Syndrome คือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย และ มากกว่า 80 ซม. ในผู้หญิง และมีภาวะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ

   1. ความดันโลหิตมากกว่า 130/85 มม ปรอทหรือผู้ที่ได้รับยาลดความดันโลหิต

2. ระดับไขมัน Triglyceride >150 mg/dL หรือผู้ที่เป็นไขมันสูงและได้รับยาลดไขมัน
3. ระดับ HDL < 40 ในผู้ชาย และ < 50 mg/dL ในผู้หญิง
4. ระดับน้ำตาลสูงกว่า 100 mg/dL หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดที่ 2

การรับประทานอาหารที่มีเกลือและไขมันสูง การรับประทานอาหารที่มีไฟเบอร์สูงเช่นผักน้อยเกินไป การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเป็นประจำ จะไปทำให้เกิดปัญหาความดันโลหิตสูงไขมัน และน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งจะส่งผลเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากขึ้น

7. กรรมพันธุ์ ผู้ที่พ่อแม่พี่น้องที่เป็นญาติสายตรง และมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต

อาการและอาการแสดงของโรคอัมพฤกษ์ – อัมพาต

สัญญาณเตือนภัย เป็นการค้นพบอาการเริ่มแรกของการเกิดอัมพฤกษ์อัมพาต และรีบรักษาโดยเร็วมากขึ้นเท่าไร จะทำให้เกิดโอกาสเสียชีวิตหรือพิการลดลงมากขึ้นเท่านั้น อาการสำคัญที่สุดที่ควรให้ความสำคัญ และควรสังเกตอย่างสม่ำเสมอ มีดังนี้

1. ชา หรืออ่อนแรงที่หน้า แขน หรือ ขา ซีกใดซีกหนึ่ง อย่างทันทีทันใด
2. ความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป เช่น เอะอะโวยวาย สับสน ซึมลง หรือพูดลำบาก พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด อย่างทันทีทันใด
3. มีปัญหาการมองเห็น ตามัว หรือเห็นภาพซ้อนของตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองข้าง อย่างทันทีทันใด

4. มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ เดินไม่ได้ เดินลำบาก เดินเซ หรือ สูญเสียการทรงตัวในการยืนและเดิน อย่างทันทีทันใด

5. ปวดศีรษะอย่างรุนแรง อย่างทันทีทันใด โดยไม่ทราบสาเหตุ

ถ้าพบอาการดังกล่าวข้างต้น ข้อใดข้อหนึ่ง อย่างทันทีทันใดให้สงสัยว่าอาจเป็นอาการเริ่มแรก ของการเกิด

อัมพฤกษ์อัมพาต ควรรีบไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด เพื่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัย และรับการรักษาโดยเร็ว ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง หรือ 270 นาที นับจากเริ่มมีอาการครั้งแรก

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอาศัยประวัติ และการตรวจร่างกายเป็นสำคัญ การตรวจพิเศษอื่นๆได้แก่

การตรวจสมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT Scan) เป็นการตรวจดูความผิดปกติของสมองว่าหลอดเลือดมีการแตกหรือตีบตันหรือไม่ สามารถทำได้รวดเร็ว ต้องทำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกราย

การตรวจสมองด้วยสนามแม่เหล็ก (MRA Brain) เป็นการถ่ายภาพสมองด้วยสนามแม่เหล็กที่สามารถให้รายละเอียดของสมองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น บริเวณเนื้อสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยงหลอดเลือดที่ตีบหรืออุดตัน แต่ใช้เวลานานกว่า และราคาสูงกว่ามาก จึงมักใช้ในรายที่จำเป็น โดยสามารถตรวจพบการตีบตันของหลอดเลือดสมองได้ตั้งแต่ได้ในระยะแรก จะมีข้อห้าม ในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือ หรือมีประวัติฝังโลหะไว้ในร่างกายใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ(Pacemaker) หรือเคยผ่าตัดใส่คลิปในสมอง (Aneurysmal clipping)

การตรวจอัลตร้าซาวน์หลอดเลือดคอ (Carotid Duplex Ultrasound) เพื่อตรวจภาวะการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณคอ ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่สำคัญที่ไปเลี้ยงสมอง และการตรวจอัลตร้าซาวด์หลอดเลือดสมอง (Transcranial

Color Sonography) ยังช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่สงสัยหลอดเลือดตีบในสมอง

การตรวจคลื่นหัวใจ และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ใช้ในกรณีที่สงสัยว่าอาจจะมีโรคหัวใจที่เป็นสาเหตุ เช่น โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ

การตรวจด้วยการฉีดสีเข้าหลอดเลือด ทำได้โดยการผ่านสายสวนเข้าไปในหลอดเลือดและฉีดสีเพื่อดูหลอดเลือด เป็นวิธีที่ค่อนข้างยุ่งยากใช้เฉพาะบางกรณีที่มีความจำเป็น เช่นตรวจหาหลอดเลือดอุดตันสมอง, หลอดเลือดผิดปกติ, หลอดเลือดโป่งพองในสมอง เป็นต้น

การตรวจเลือดเพื่อค้นหาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อดูโรคเบาหวาน การตรวจไขมันในเลือด การตรวจนับเม็ดเลือด เป็นต้น

การรักษาโรค

แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ความรุนแรง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ ผู้ป่วยควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็วที่สุดหลังจากเกิดอาการ โดยในช่วง 3–7 วันแรกของการเจ็บป่วย ถือเป็นระยะวิกฤตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

แนวทางการรักษา

1. การรักษาทางยา เช่น ยาละลายลิ่มเลือด ยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือยาต้านเกล็ดเลือดในโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ยารักษาความดันโลหิตสูง ยาและสารน้ำ รักษาสมองบวม เป็นต้น
2. การผ่าตัด ในรายที่มีอาการซึม หมดสติ และมีก้อนเลือดขนาดใหญ่ในสมอง อาจมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเอาก้อนเลือดออกในบางกรณีที่ทำได้

3. การรักษาทางกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพทางร่างกายผู้ป่วย ป้องกันโรคแทรกซ้อน
4. การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยง

วิธีการรักษาโรคหลอดเลือดสมองทำอย่างไร

การรักษาภายใน 270 นาที

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่จะให้ผลดีในการฟื้นตัวต้องรักษาภายใน 4 ชั่วโมงครึ่งแรกของการเกิดโรค ผู้ป่วยควรได้รับยาละลายลิ่มเลือด Recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) อย่างรวดเร็ว ภายในเวลา 4 ชั่วโมงครึ่ง (270 นาที)

ระบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke Fast Track คืออะไร

การที่สมองขาดเลือด ถือเป็นภาวะเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการประเมินตรวจวินิจฉัย และการรักษาอย่างรวดเร็วทันท่วงที โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน สามารถรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง เพื่อลดความรุนแรงของโรค และลดความพิการที่จะเกิดขึ้น

ในสถานพยาบาลที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้จึงมีการจัดระบบบริการทางด่วน ที่เรียกว่า Stroke Fast Track เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน ให้ได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด ทันภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง หลังเกิดอาการ สิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับในระบบบริการ Stroke Fast Track เมื่อมีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง หรือเกิดอาการภายใน 4 ชั่วโมงครึ่งคือ

- จะได้รับการประเมินคัดแยกอาการโรคหลอดเลือดสมองอย่างทันที
- ได้รับการซักประวัติตรวจร่างกาย ประเมินอาการทางระบบประสาท
- การตรวจวินิจฉัยอย่างเร่งด่วนตามมาตรฐานที่กำหนด โดยการตรวจเลือด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- ได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อแยกอาการว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ หรืออุดตัน หรือโรคหลอดเลือดสมองแตก
- ได้รับการอธิบายให้ผู้ป่วย หรือญาติทราบรายละเอียดของโรคอัมพาต และแผนการรักษา

จะได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง หลังเกิดอาการ ในกรณีที่อาการและผลการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน และอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด โดยแพทย์ให้ข้อมูลโรค แผนการรักษาและผู้ป่วยหรือญาติตัดสินใจรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด

ผู้ป่วยจะได้รับการจัดให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) หรือหอผู้ป่วยระยะวิกฤต (ICU) เพื่อการดูแลที่ใกล้ชิด

ดังนั้นเมื่อสงสัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งที่ควรปฏิบัติคือ ควรรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาเร็วที่สุด

การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy)

การรักษาโดยใช้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นวิธีที่ได้ผลดีมากในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตันบางกลุ่ม เมื่อใช้อย่างถูกต้องและทันท่วงทีและได้ผลดีที่สุด เมื่อให้ยาภายใน 4 ชั่วโมงครึ่งหลังเกิดอาการ ซึ่งจะทำให้อาการผิดปกติทางประสาทดีขึ้นมาก ในขณะที่ยาจะไม่ได้ผลหากผู้ป่วยมีอาการ

มานานเกิน 6 ชั่วโมงไปแล้ว ดังนั้นถ้ามีอาการต่าง ๆ ที่สงสัยว่าจะเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองจึงไม่ควรรอช้า ควรรีบไปหาแพทย์โดยเร็วภายใน 4 ชั่วโมงครึ่ง หลังจากเกิดอาการ แต่อย่างไรก็ตามอาจเกิดผลแทรกซ้อน คือเลือดออกในสมองได้ประมาณ 6%

การรักษาภายใน 3 – 72 ชั่วโมงแรก

1. งดน้ำ งดอาหาร
2. ให้ออกซิเจน และน้ำเกลือ
3. ให้ยารักษา เช่น แอสไพรินในกรณีที่เป็นหลอดเลือดสมองตีบตัน
4. ทำกายภาพบำบัด
5. ให้ยาควบคุมความดันโลหิตตามที่แพทย์เห็นว่าเหมาะสม
6. ให้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การรักษาระยะยาว

1. ควบคุมภาวะเสี่ยง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
2. รับประทานยาและพบแพทย์สม่ำเสมอ
3. ออกกำลังกาย ควบคุมน้ำหนัก
4. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์
5. ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

การพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ

1. การดูแลเพื่อประเมินอาการ การเฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยการวัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการทางระบบประสาท
2. การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการมีเลือดออก โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมอง

3. การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะการเจ็บป่วยอื่นๆที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย
4. ความพร้อมในการช่วยเหลืออย่างทันทีเมื่อเกิดอาการผิดปกติ
5. การดูแลให้ได้รับออกซิเจน สารน้ำ และอาหารที่เพียงพอ
6. การดูแลเพื่อช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
7. การดูแลให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ เช่น การประเมินการกลืน การฝึกกลืน การออกกำลังกาย เป็นต้น
8. การดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การป้องกันสำลัก การป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการเคลื่อนไหวได้น้อย การป้องกันการเกิดปอดอักเสบ การป้องกันภาวะการติดเชื้อ
9. การดูแลเพื่อลดความเครียด หรือความวิตกกังวล โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษาของแพทย์ การให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการรักษา
10. การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่รักษา และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
11. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ยาที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เวลาไม่หวนคืนมาฉันใด เซลล์สมองที่เสียไปอาจไม่คืนมาฉันนั้น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตไม่ใช่โรคใหม่สำหรับคนไทย ดังที่ปรากฏคำว่าอัมพาตในคัมภีร์พระโอสถพระนารายณ์ ซึ่งเป็นหลักฐานทางการแพทย์แผนไทยที่สืบเนื่องมาตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยาตอนปลาย แล้วเหตุใดโรคนี้ยังคงทำให้ผู้ป่วยหลายต่อหลายท่านต้องทนทุกข์ทรมานกับความพิการที่เกิดขึ้นหรือญาติพี่น้องที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปเนื่องจากโรคนี้ “เวลา”

อาจเป็นคำตอบ

เป็นที่ทราบกันมานานในวงการแพทย์ว่าสำหรับโรคหลอดเลือดสมองนั้นเวลาสำคัญที่สุด ยิ่งผู้ป่วยสามารถสังเกตตัวเองได้และมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วมากเท่าไร โอกาสที่จะพิการหรือเสียชีวิตก็จะยิ่งน้อยลงเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดที่มีเลือดออกในสมองก็จะได้รับการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่เหมาะสมหรือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดหลอดเลือดอุดตันก็มีโอกาสที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ที่สามารถช่วยเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงสมองได้ทันท่วงที เพราะทุกวินาทีที่สมองขาดเลือดคือเซลล์สมองที่ค่อย ๆ เสียไปไม่กลับคืนมา



ยาละลายลิ่มเลือด ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันมีชื่อว่า rt-PA (อาร์ทีพีเอ) หรืออีกชื่อหนึ่งว่า แอลทีเพลส (Alteplase) เป็นยาที่ช่วยให้ร่างกายสลายก้อนเลือดที่อุดตันหลอดเลือดได้เร็วขึ้น ซึ่งค่อนข้างเฉพาะเจาะจงกับหลอดเลือดในสมองจึงมีโอกาสเกิดเลือดออกตามอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้น้อย แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานการเกิดเลือดออกชนิดไม่รุนแรงหลังจากได้รับยาอาร์ทีพีเอร้อยละ 7 และมีรายงานการเกิดเลือดออกชนิดรุนแรงหลังจากได้รับยาร้อยละ 0.5 ซึ่งมักพบในผู้ที่มีประวัติเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายกว่าคนปกติ และมีรายงานการเกิดอาการแพ้หลังจากได้ยาอยู่ที่น้อยกว่าร้อยละ 0.02 จึงต้องมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยเฉพาะภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับยา

ผู้ป่วยที่สามารถสังเกตได้ว่ามีอาการปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรง พูดไม่ชัดพูดลำบากแล้วมาถึงโรงพยาบาลภายใน 270 นาที (4 ชั่วโมงครึ่ง) นับตั้งแต่สังเกตเห็นอาการ มีโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือดหากผลตรวจด้วยเครื่องตรวจวินิจฉัยโรคเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือเครื่องตรวจวินิจฉัยโรคด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ชี้ว่ามีภาวะสมองขาดเลือดและไม่พบภาวะเลือดออกในสมอง คุณหมอจะพิจารณาตามข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 180 นาที (3 ชั่วโมง) นับตั้งแต่สังเกตเห็นอาการจะมีข้อพิจารณาห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือดน้อยกว่าผู้ที่มาถึงโรงพยาบาลในช่วงมากกว่า 180 นาทีจนถึง 270 นาที หมายความว่ายิ่งมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วเท่าไรยิ่งดีนั่นเอง

เมื่อมาถึงโรงพยาบาลคุณหมอจะทำการซักประวัติตรวจร่างกาย เพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือมีความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกมากกว่า ในกรณีหลังนี้แม้ผู้ป่วยมีข้อบ่งใช้ที่จะได้รับยาแต่อาจเกิดเลือดออกหลังจากได้รับยาได้คุณหมอจึงอาจพิจารณาที่จะไม่ให้ยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้ป่วยและญาติที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด (กรณีผู้ป่วยพูดลำบากหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้) ต้องให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดดังนี้

- อาการที่ทำให้มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ เช่น ปากเบี้ยว พูดลำบาก แขนขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง เป็นต้น รวมถึงอาการที่เกิดพร้อม ๆ กันที่ดูเหมือนไม่ได้เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ชัก หมดสติ ใจสั่น เป็นต้น และเวลาที่เกิดอาการหรือหากไม่ได้ดูเวลาหรือจำไม่ได้ อาจให้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบ เช่น ขณะดวงอาทิตย์ตก หรือรายการโทรทัศน์ที่ดูอยู่หากเกิดอาการขณะดูโทรทัศน์ เป็นต้น

- โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต หรือโรคที่เคยเป็นแต่ไม่ได้ติดตามรักษากับคุณหมออย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับอาการที่

ทำให้ต้องมาโรงพยาบาลในครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม หากจำไม่ได้ว่าเป็นโรคใดบ้าง อาจแจ้งข้อมูลสถานพยาบาลที่ติดตามรักษาอยู่เป็นประจำหรือที่ไปพบในครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล

- ประวัติการผ่าตัด ระบุชนิดของการผ่าตัด วันเดือนปีที่รับการผ่าตัด
- ประวัติการได้รับอุบัติเหตุอย่างรุนแรง
- การมีเลือดออกตามจุดต่างๆของร่างกาย หรือภาวะที่สงสัยว่ามีเลือดออก เช่น มีจ้ำเลือดที่ผิวหนัง ไอเป็นเลือด ปัสสาวะมีสีแดงหรือสีส้ม อุจจาระมีสีแดงหรือสีดำ เป็นต้น
- ยาที่รับประทานต่อเนื่องเป็นประจำ หรือรับประทานเมื่อมีอาการ อาหารเสริม สมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอน เวลาที่รับประทานยามื้อสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล
- การตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าอาจตั้งครรภ์
- น้ำหนักตัวและวันที่ชั่ง

การให้ข้อมูลน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดนั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดนั้นต้องคำนวณขนาดยาจากน้ำหนักตัวของผู้ป่วย หากไม่ทราบหรือเคยชั่งน้ำหนักเมื่อนานมาแล้วให้แจ้งกับคุณหมอเพื่อทำการชั่งน้ำหนักก่อนคำนวณขนาดยา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีภาวะความดันโลหิตสูงหลังจากเกิดอาการ เนื่องจากร่างกายพบว่าสมองกำลังขาดเลือดจึงพยายามส่งเลือดไปสมองให้มากขึ้นด้วยการเพิ่มความดันโลหิต ผู้ป่วยบางท่านจึงอาจได้รับยาสำหรับลดความดันโลหิตก่อนหรือหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากความดันโลหิตที่สูงเกินไปอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเลือดออกได้ และผู้ป่วยบางท่านที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) อาจได้รับการฉีดสารละลายกลูโคสเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้เช่นกัน

หลังจากได้ผ่านพ้นเวลาช่วงวิกฤตในช่วงแรกแล้ว ก็จะเข้าสู่ช่วงพักฟื้นซึ่งต้องอาศัยแรงใจที่เข้มแข็งในการฟื้นฟูแรงกายให้สามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้เหมือนหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุด และต้องป้องกันไม่ให้หลอดเลือดสมองเกิดการอุดตันอีกครั้ง เนื่องจากอาจทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นและมีความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะพิการและเสียชีวิตได้มากขึ้น คุณหมอจึงมักให้ยาหลายขนานในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งยาที่มีบทบาทมากในปัจจุบันได้แก่ ยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือดและยาลดไขมันในเลือด

ยาที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการตีบตันของเส้นเลือดสมองที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากหัวใจเต้นผิดจังหวะนั้นมีอยู่หลายรายการด้วยกัน ซึ่งมีทั้งการใช้รักษาภายในระยะฉับพลัน และเพื่อดูแลรักษาในระยาว ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อีกด้วย ยาที่มีบทบาทดังกล่าวคือยาต้านการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด หรือยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelets) มีกลไกการออกฤทธิ์คือ ป้องกันไม่ให้เกล็ดเลือดมาเกาะกลุ่ม ทำให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกขึ้น จากกลไกการออกฤทธิ์ของยาจึงทำให้ยากลุ่มนี้มีอาการข้างเคียงคือ ทำให้เลือดหยุดไหลช้าลง หรือมีเลือดออกผิดปกติ เลือดออกในทางเดินอาหาร ซึ่งสามารถสังเกตได้จาก อุจจาระ ปัสสาวะ มีเลือดปน หากมีอาการดังกล่าวแนะนำให้กลับมาปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที ยาในกลุ่มนี้ได้แก่

Aspirin เป็นยาต้านเกล็ดเลือดที่ใช้กันมานาน และพบได้บ่อยในการใช้รักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้ดีมาก เมื่อเทียบกับยาหลอก มีหลายชื่อการค้าและหลายขนาด ยกตัวอย่างเช่น Aspent® 300 mg, Aspirin 81 mg, Aspirin 325 mg โดยขนาดยาที่แนะนำอยู่ในช่วง 50-325 mg ต่อวัน อาการข้างเคียงที่อาจพบได้นอกจากอาการเลือดออกผิดปกติคือ อาการระคายเคือง

กระเพาะอาหาร ซึ่งสามารถป้องกันหรือบรรเทาได้โดยการรับประทานหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตามในปริมาณมาก หรือรับประทานยาเม็ดที่มีการเคลือบด้วยสารที่ควบคุมให้เม็ดยาเกิดการปลดปล่อยตัวยาที่ลำไส้เล็ก (Enteric-coated Tablet) เพื่อลดการสัมผัสของยาและกระเพาะอาหาร

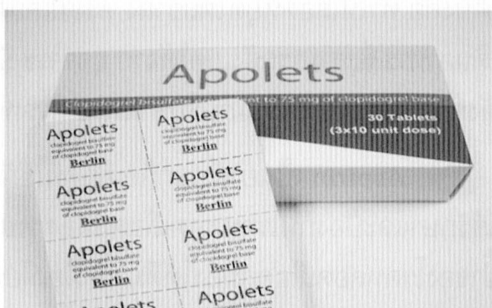


การรักษาด้วย Aspirin อาจมีผลในการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเลือดออกในสมอง แต่นั่นก็ถือว่าน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของการเกิดการตีบตันของเส้นเลือดสมอง

แต่หากในกรณีผู้ป่วยแพ้ยา Aspirin หรือไม่สามารถทนผลข้างเคียงของ Aspirin ได้ อาจพิจารณาใช้ยาตัวเลือกอื่นในกลุ่มได้แก่

Clopidogrel เป็นยาต้านเกล็ดเลือดอีกตัวหนึ่ง ที่ถูกเลือกมาใช้บ่อยเช่นกัน ยี่ห้อที่ใช้พบได้ เช่น Plavix®, Apolet® โดยขนาดยาที่แนะนำจะ





เป็น 75 mg ต่อวัน ซึ่งมีกลไกออกฤทธิ์ใกล้เคียงกับยา Aspirin ดังนั้นอาการข้างเคียงเรื่องเลือดออกผิดปกติก็ยังสามารถพบได้ และโดยทั่วไปแล้วยาตัวนี้สามารถรับประทานก่อนหรือหลังอาหารก็ได้ เนื่องจากไม่มีผลระคายเคืองกระเพาะอาหาร นอกจากนี้อาการข้างเคียงที่สามารถพบได้บ่อยได้แก่ ผื่นคัน คลื่นไส้, ท้องเสีย เป็นต้น



Cilostazol ยาต้านเกล็ดเลือดอีกตัวเลือกหนึ่ง มักจะรู้จักในชื่อการค้าคือ Pletaal® ทั้งในรูปแบบเม็ด 50 mg และแบบซอง 100 mg และบริหารยาวันละ 2 ครั้ง ซึ่งยา Cilostazol นั้นจะมีการดูดซึมที่เพิ่มขึ้นหากรับประทานพร้อมอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาได้มากขึ้น ดังนั้นจึงแนะนำให้รับประทานยานี้ตอนท้องว่าง คือ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงก่อนอาหาร หรือประมาณ 2 ชั่วโมงหลังอาหารก็ได้ โดยอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยคืออาการปวดหัว ท้องเสีย เป็นต้น



Dipyridamole ร่วมกับ Aspirin ชื่อการค้าคือ ***Aggrenox®*** โดยจะมี Aspirin 25 mg ร่วมกับ Dipyridamole ชนิดค่อย ๆ ปลดปล่อย 200 mg ดังนั้นสำหรับยานี้จึงแนะนำให้กลืนยาทั้งแคปซูล ไม่แนะนำให้แบ่งหรือบดเม็ดยา โดยจะให้

รับประทานยาวันละ 2 ครั้ง อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยได้แก่ คืออาการปวดหัว คลื่นไส้ อาเจียน โดยร่างกายจะสามารถทนอาการข้างเคียงเหล่านี้ได้หลังจากใช้ยาไปซักระยะหนึ่ง

จะเห็นว่ายาต้านเกล็ดเลือดที่สามารถเลือกใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลายรายการด้วยกัน ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาจากหลายๆ ปัจจัยของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นหลัก และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยคนนั้น ๆ จากบทความข้างต้น หลายท่านอาจจะกังวลเรื่องอาการข้างเคียงจากยา แต่อย่างไรก็ตาม หากมีความเข้าใจในการใช้ยา และสามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องก็จะทำให้สามารถใช้ยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดอาการข้างเคียงหรือปัญหาจากการใช้ยาน้อยที่สุดได้ โดยต้องใช้ยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ห้ามหยุดยาหรือปรับขนาดยาด้วยตนเอง และจะเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาหรือบุคลากรทางการแพทย์หากท่านสามารถจดจำชื่อยาที่รับประทานได้โดยเฉพาะยาในกลุ่มต้านเกล็ดเลือด และถ้าท่านต้องการจะรับประทานยาอื่นๆ เพิ่มเติม รวมทั้งสมุนไพร และผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ยา

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมียาหลายรายการที่ต้องรับประทาน อาจทำให้มีการหลงลืมรับประทานยากันไปบ้าง ซึ่งถ้าหากลืมรับประทานยา สิ่งที่แนะนำคือ ให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าหากใกล้ถึงมื้อถัดไปแล้ว ให้ข้ามมื้อนั้น และทานมื้อต่อไปตามปกติ โดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า อย่างไรก็ตามการไม่ลืมรับประทานยา และไม่ขาดยาก็จะดีกว่าสำหรับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจุดประสงค์ของการรับประทานยานั้นก็เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา แต่ถ้าหากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว สิ่งที่เราสามารถทำได้หลังจากนั้นคือป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

Statin ไขมันในเส้นเลือดที่เราควรจะรู้จักคือ LDL (Low Density Lipoprotein) หรือที่เรามักเรียกว่าไขมันตัวร้าย เนื่องจากไขมันตัวนี้เป็นตัวที่สามารถกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบของหลอดเลือด นำไปสู่การสะสมของไขมันในเส้นเลือด และเป็นสาเหตุหนึ่งในการทำให้เส้นเลือดอุดตัน หรือเส้นเลือดแข็งตัว และเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงหลอดเลือดหัวใจในที่สุด ดังนั้นการที่มีไขมันตัวร้ายสูงจึงนับว่าเป็นสัญญาณที่ไม่ดี ซึ่งไขมันในเลือดสูงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการปรับพฤติกรรมการรับประทานรวมถึงการรับประทานยาลดไขมัน ซึ่งมีหลายกลุ่มด้วยกัน

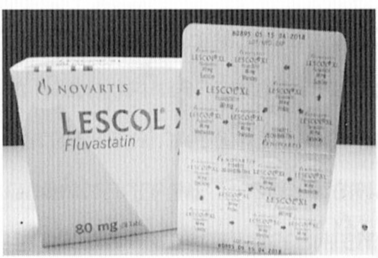
ยาลดไขมันที่มีแนวทางการรักษาในปัจจุบันเลือกใช้เป็นอันดับแรกในผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นยากลุ่ม HMG CoA inhibitor หรือสะแตติน (Statin) ซึ่งได้แก่ยา Lipitor® (Atorvastatin), Crestor® (Rosuvastatin), Bestatin®, Zimmex® (Simvastatin), Lescol XL® (Fluvastatin), Livalo (Pitavastatin) เป็นต้น โดยยากลุ่มนี้จะแนะนำให้รับประทานวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน เนื่องจากโคเลสเตอรอลของคนเราจะถูกสร้างหรือสังเคราะห์มากในตอนกลางคืน แต่จากการพัฒนายากลุ่มใหม่ๆ ขึ้นมา ทำให้ยาสามารถออกฤทธิ์ได้ยาวขึ้น อาจเลือกรับประทานเวลาอื่น ๆ ได้ เช่นยา Atorvastatin, Rosuvastatin

อย่างไรก็ตาม ตามแนวทางการรักษาผู้ที่มีค่าไขมันในเลือดสูงเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดเส้นเลือดแดงแข็งตัวของอเมริกาแนะนำว่า สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) ที่เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerotic Cardiovascular Disease: ASCVD) ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 75 ปี แนะนำให้ยาในกลุ่มสะแตติน (Statin) ที่มีประสิทธิภาพในการลด LDL Cholesterol ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 50% จากค่าเริ่มต้น (High Intensity Statin) ถ้าไม่มีข้อห้ามใช้ และสามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยาได้





ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี หรือไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยาข้างต้น อาจพิจารณาใช้ยาที่สามารถลด LDL cholesterol ได้ 30-50% จากค่าเริ่มต้น โดยการจะเลือกยาตัวใด หรือขนาดใดนั้นแพทย์จะพิจารณาจากความเหมาะสมทั้งในเรื่อง การเกิดอาการข้างเคียง, การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาที่ผู้ป่วยได้รับอยู่ หรือโรคร่วมอื่น ๆ เป็นต้น เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย







อาการข้างเคียงสำหรับยากลุ่มสะแตตินที่พบได้ โดยเฉพาะในกรณีรับประทานยาขนาดสูงคือ อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่ได้สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมใด ๆ เช่น การยกของหนัก หรือการเดินเป็นเวลานาน ๆ เนื่องจากยาอาจมีผลทำให้เกิดกล้ามเนื้ออักเสบได้ นอกจากนี้ยังอาจสังเกตเห็นปัสสาวะมีสีเปลี่ยนไปจากปกติ มีสีน้ำตาลเข้มคล้ายสีน้ำโคล่า ถ้าหากมีอาการดังกล่าวแนะนำให้กลับมาพบแพทย์ทันที

ดังที่ได้กล่าวมาว่า สามารถบอกได้ว่า การรับประทานยาลดไขมันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ก็สำคัญไม่แพ้ยากลุ่มต้านเกล็ดเลือดเช่นกัน เพราะนอกจากจะลดไขมันในร่างกายแล้ว ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองได้อีกด้วย

การป้องกัน

ทุกคนสามารถป้องกัน "อัมพาต" ได้ด้วยการเริ่มต้นดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเองโดยการหมั่นตรวจสุขภาพและลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ดังนี้

- รักษาความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ถ้าเป็นเบาหวาน ควรรักษาระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด
- งดสูบบุหรี่
- ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ดูแลตนเองในด้านการบริโภคอาหาร อย่าให้น้ำหนักตัวมากจนเกินไป
- ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดที่คอตีบ และเคยมีอาการของเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ การผ่าตัดหลอดเลือดที่คอเป็นการป้องกันการเกิดอัมพาตซ้ำได้

การรักษาโรคของหลอดเลือดคาโรติด โดยการผ่าตัดนั้น ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ที่มีการริเริ่มการผ่าตัดครั้งแรกโดย Michael DeBakey ศัลยแพทย์ชาวอเมริกัน ในปี พ.ศ. 2496 และเป็นที่รู้จักมากขึ้นในปีถัดมา เมื่อมีการรายงานการผ่าตัดโรคของหลอดเลือดคาโรติดเป็นผลสำเร็จ ลงในวารสารทางการแพทย์ Lancet โดยศัลยแพทย์อีกกลุ่มหนึ่ง วัตถุประสงค์หลักในการผ่าตัดโรคของหลอดเลือดคาโรติดนั้นเป็นทั้งการรักษาและป้องกันภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง จากการอุดตัน หรือการตีบแคบ

ของหลอดเลือดคาโรติด ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า ผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดมากกว่า 70% แต่ยังไม่มีอาการใดๆนั้น เป็นที่เชื่อกันว่าการผ่าตัดรักษาน่าจะมีประโยชน์แม้จะไม่ชัดเจนเท่ากลุ่มแรก อย่างไรก็ดีพบว่ามีผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการผ่าตัดรักษาในจำนวนที่มากขึ้นทุก ๆ ปี เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนออกมาอย่างต่อเนื่อง ถึงประโยชน์ในแง่ของการลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง

ในการรักษาผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดคาโรติดโดยการผ่าตัดนั้น ศัลยแพทย์จะอาศัยปัจจัยหลาย ๆ อย่างมาประกอบการตัดสินใจในการรักษา หลังจากพิจารณาแล้วเห็นว่าการผ่าตัดนั้นมีความเหมาะสม ก็จะให้คำแนะนำว่า ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ปัจจัยที่ทางศัลยแพทย์ใช้โดยทั่วไปแล้วประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วย โดยเฉพาะสมรรถภาพร่างกายว่ามีความพร้อมมากน้อยเพียงไร หากจำเป็นต้องรักษา โดยการผ่าตัด ผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบได้เป็นจำนวนไม่น้อย ที่มีโรคหัวใจ โรคปอด โรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงร่วมอยู่ด้วย
2. อาการของผู้ป่วย ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ผู้ป่วยที่มีการตีบแคบของหลอดเลือดคาโรติดมากกว่า 70% ร่วมกับมีอาการของสมองขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ ในการรักษาโดยการผ่าตัด จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา และแคนาดา พบว่าการรักษาโดยการผ่าตัด ช่วยลดอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตหรือเสียชีวิตลงไปได้ถึง 17% เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาโดยการกินยาเพียงอย่างเดียว ในเวลา 2 ปี
3. กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ แต่แพทย์ตรวจพบเสียงฟู่ในหลอดเลือดที่คอ ก็คงต้องอาศัยการตรวจทางรังสีวิทยา เช่น อัลตร้าซาวน์ หรือการฉีดสีเอกซ์เรย์หลอดเลือด จากการศึกษาผู้ป่วยจำนวน

1,500 ราย ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการรักษาโดยการผ่าตัดช่วยลดอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตและเสียชีวิตลงได้ 5% เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ในระยะเวลา 2 ปี

การผ่าตัดหลอดเลือดคาโรติดในปัจจุบันมีอัตราความเสี่ยงค่อนข้างต่ำในมือของศัลยแพทย์ที่มีความชำนาญ โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดผลแทรกซ้อนรุนแรงจากการผ่าตัด พบได้ประมาณ 1-5 % การผ่าตัดสามารถกระทำได้ด้วยการใช้ยาชาเฉพาะที่ แต่โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องดมยาสลบในระหว่างการผ่าตัด หลักการง่าย ๆ สำหรับการผ่าตัดวิธีนี้ คือการเปิดหลอดเลือดคาโรติด จากนั้นศัลยแพทย์จะตัดเอาหินปูนที่เกาะอยู่ที่ผนังด้านในของหลอดเลือดออก แล้วทำการเย็บหลอดเลือดกลับสู่สภาพเดิม ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 2-3 วันหลังผ่าตัด ในกรณีที่จำเป็นต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งสองข้าง ศัลยแพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดหลอดเลือดข้างที่มีการตีบแคบหรือมีอาการมากกว่า หลังจากนั้นอีก 4-6 สัปดาห์ จึงทำการรักษาหลอดเลือดข้างที่อยู่ตรงกันข้าม

ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะเนื้อสมองตายจากการที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากมีการตีบแคบของหลอดเลือดคาโรติด และเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการชา หรืออาการอ่อนแรงของแขนและขา ศัลยแพทย์มักจะรอให้สมองของผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวโดยการรักษาทางยา จากนั้นจึงจะประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง แล้วจึงจะพิจารณาทำการผ่าตัดได้

การพยากรณ์โรค

การที่ผู้ป่วยจะฟื้นตัวมากหรือน้อย เร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับบริเวณของสมองที่ได้รับการกระทบกระเทือน ความผิดปกติที่เกิดขึ้นภายหลังหลอดเลือดตีบตันขึ้นกับตำแหน่งที่เนื้อสมองไม่ทำงาน เช่น ถ้าเป็นสมองซีกซ้ายไม่ทำงาน นอกจากจะทำให้แขนขาข้างขวาไม่มีแรงแล้ว ผู้ป่วยอาจจะ

พูดไม่รู้เรื่อง พูดไม่ออก ฟังไม่เข้าใจ เขียนไม่ได้ คำนวณเลขไม่ได้ ทอนเงินผิด แต่ถ้าเป็นสมองซีกขวาไม่ทำงาน นอกจากจะทำให้แขนขาข้างซ้ายไม่มีแรงแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการหลงทิศทาง เช่น กลับบ้านไม่ถูก สูญเสียจินตนาการต่าง ๆ และบางรายจะมีอาการไม่สนใจร่างกายซีกซ้าย

ผู้ป่วยที่พูดไม่ได้มักจะมีปัญหาในการสื่อสาร ทำให้การทำกายภาพบำบัดเป็นไปได้ยาก และการฟื้นฟูด้านการพูดจะเป็นสิ่งที่ยากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามเนื้อสมองจะมีการฟื้นตัวมากในระยะ 3-6 เดือนแรก หลังจากนั้นจะฟื้นตัวน้อย นับว่า 6 เดือนแรกเป็นเวลาทองที่ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาอย่างเต็มที่

ปัญหาสุขภาพและสภาพจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีสุขภาพแข็งแรงมาก่อน และออกกำลังกายสม่ำเสมอ เมื่อเกิดการอ่อนแรงจะฟื้นตัวเร็วกว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพมาก่อน เมื่อเกิดอาการอ่อนแรงอีกจะเกิดภาวะท้อแท้หมดหวังได้ง่าย ครอบครัวผู้ป่วยควรคอยให้กำลังใจและให้ความอบอุ่น

สภาพครอบครัวและการดูแล การที่ผู้ที่ใกล้ชิดเช่น สามีภรรยาลูก ได้รับรู้ถึงความผิดปกติตั้งแต่ระยะแรกและเข้าใจการดำเนินโรคจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดชะงักแต่ที่โรงพยาบาล การเตรียมสภาพที่บ้าน เช่น เตียง ห้องน้ำ อุปกรณ์การรับประทานอาหารที่เหมาะสม อุปกรณ์ช่วยการเดิน และที่สำคัญถ้าผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลตลอด ผู้ดูแลควรมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยอัมพาต เรียนรู้ความต้องการของผู้ป่วย

การทำกายภาพบำบัดอย่างถูกต้องและถูกวิธี ผู้ป่วยควรได้รับการปรึกษาตั้งแต่ระยะแรกหลังจากพ้นภาวะวิกฤตแล้ว การได้รับการทำกายภาพและคำปรึกษาตั้งแต่แรกจะทำให้กล้ามเนื้อที่อ่อนแรงได้รับการฟื้นฟูที่ถูกต้องและลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ข้อยึด กล้ามเนื้อเกร็งตัวหรือกล้ามเนื้อลีบและยังช่วยให้การหัดยืน หัดเดินได้ในขณะที่สภาพร่างกายพร้อมแล้ว

BANGKOK EMERGENCY SERVICES

อัมพฤกษ์-อัมพาต ป้องกันได้ถ้าไปให้ทันเวลา

ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน หากได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดได้ทันท่วงที คือ ภายในเวลา 270 นาที หรือ 4.5 ชั่วโมง นับตั้งแต่เวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการจะสามารถลดอัตราการเป็นอัมพฤกษ์-อัมพาต และลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ แต่ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเพียง 2% เท่านั้นที่สามารถให้การรักษาได้ทันเวลา สาเหตุจาก

- ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นคืออาการสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
- การสื่อสารเส้นทางที่ผิดพลาดประกอบกับภาวะการจราจรในเมืองที่ติดขัด ทำให้ทีมกู้ชีพไม่สามารถเข้าช่วยเหลือและนำส่งผู้ป่วยได้ทันเวลา

ทำอย่างไรเมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยเกิดอาการสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

ถ้ารู้เร็วก็ช่วยได้เร็ว แต่เนื่องจากผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ไม่ได้มีความรู้เรื่องโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน เมื่อพบเหตุจึงอาจเกิดความลังเลไม่แน่ใจ จึงนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษา ทางออกของการรักษาในปัจจุบันจึงมีศูนย์บริการการแพทย์

ฉุกเฉินที่สามารถช่วยประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว แม่นยำ ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนช่วยชีวิตให้แก่ผู้ป่วยทางโทรศัพท์ได้ทันทีตั้งแต่ติดต่อเข้ามาขอใช้บริการ รวมถึงการจัดหารถพยาบาลพร้อมทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ใกล้ และมีความเชี่ยวชาญที่สุด *(*หน่วยรักษาอัมพาตเฉียบพลันเคลื่อนที่ หรือ Mobile CT & Stroke Treatment Unit*) เข้าทำการดูแลรักษาตั้งแต่หน้าบ้านผู้ป่วย โดยทีมสามารถทำการวินิจฉัยได้ตั้งแต่การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การทำคอมพิวเตอร์สมองเพื่อตรวจความผิดปกติ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น การประสานงานกับทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคสมอง เพื่อเตรียมการรักษาต่อเนื่องได้ทันทีที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีอาการใดอาการหนึ่งของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ได้แก่ **"ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาชา หรืออ่อนแรง"** สามารถแจ้งขอความช่วยเหลือจากศูนย์บริการฉุกเฉินในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ หรือ BES ได้ที่สายด่วนฉุกเฉิน 1724 หรือ แอพพลิเคชั่น BES i lert u ได้ทันทีตลอด 24 ชั่วโมง



“BES” คือใคร



BES หรือ ศูนย์บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เกิดจากการผสานความร่วมมือของโรงพยาบาลชั้นนำในเครือ ได้แก่ เครือโรงพยาบาลกรุงเทพ เครือโรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลบีเอ็นเอช เครือโรงพยาบาลเปาโลและพญาไท เพื่อให้การบริการฉุกเฉินแบบเครือข่าย ช่วยกู้ชีวิตผู้ป่วยในภาวะวิกฤติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพโดยมีการนำเทคโนโลยี GPS หรือระบบนำทางอัจฉริยะ และ แอพพลิเคชั่น BES i lert u ที่สามารถระบุพิกัดผู้ป่วยทั้งที่บ้านและที่อื่น ๆ ผ่านโทรศัพท์มือถือ รวมถึงสามารถทราบพิกัดตำแหน่งของรถพยาบาลฉุกเฉินขณะอยู่บนท้องถนน ทำให้สามารถเลือกเส้นทางที่ใกล้ที่สุด หลีกเลี่ยงจราจรที่ติดขัด เพื่อให้การเข้าถึงตัวผู้ป่วยและ



ช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที อีกทั้งยังมีระบบการประสานงานทางด่วน (Fast Track) ระหว่างทีมที่ทำการเคลื่อนย้าย และโรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วที่สุด

เตรียมความพร้อมก่อนเกิดเหตุฉุกเฉิน

ติดต่อลงทะเบียนเข้าระบบโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อให้เกิดความสะดวกรวดเร็วทุกครั้งที่ขอใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน BES โดย

- ลงทะเบียนพิกัดบ้าน โดยแจ้ง ชื่อ นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ พร้อมยืนยันพิกัดแผนที่บ้านได้ที่จุดลงทะเบียน BES ในเครือโรงพยาบาลกรุงเทพใกล้บ้าน (รพ.กรุงเทพ รพ.สมิติเวช รพ.บีเอ็นเอช รพ.พญาไท รพ.เปาโลฯ)
- ลงทะเบียนแอพพลิเคชั่น โดยดาวน์โหลดและติดตั้ง BES i lert u ผ่านสมาร์ทโฟน ซึ่งสามารถโหลดได้ทั้ง iOS และ Android



แสนคำนึง สีปาสเตล ฝีมือจักรพันธุ์ โปษยกฤต

ภาพนี้มีชื่อเน้น แสนคำนึง ตามเพลง
ยลอย่างนางรำพึง พลอดพ้อ
ดื่นดึกตรึกตราตรึง ตรอมอก อรที
ร้างรักหนักทรวงท้อ ทอดถ้อนถอนใจ

อัลลิศร์ รดประเสริฐ
๑๕ สิงหาคม ๒๕๕๙
รพ. กรุงเทพ

๗
คุณบิ๊ก

คุณชญาดา กลิ่นพงษา

เรานั่งคุยกับคุณเบ็ญพี่สาวคุณบิ๊กในเดือนกันยายน 2558 ในบ่ายที่แสงแดดกล้าและในไม่ช้าฝนก็จะตกเพราะเห็นเมฆเริ่มดำมืดทะมึนมาแล้ว

คุณบิ๊ก หนุ่มใหญ่วัย 45 ปี ใบหน้าหล่อเหลาคมคาย ผิวขาว ดูเผินๆ นึกว่าอายุ 30 รูปร่างสูงใหญ่ล่ำสัน สูง 180 ซม. สมเป็นชายไทยยุคใหม่ น้ำหนัก 79 กก. ความที่เป็นคนหน้าตาดี จึงรักการออกกำลังกายด้วยการยกน้ำหนัก วิ่งสลับเดินเร็วเป็นประจำ กล้ามเป็นมัด เวลายกน้ำหนักจะเผยโฉมท่อนบนที่เปลือยเปล่าเห็นกล้ามเนื้อที่เรียกซิกส์แพ็คส์ สาว ๆ มองกันเคลิ้ม แต่คุณบิ๊กไม่น่าหักอกสาว ๆ เลย เพราะเธอมีเจ้าสาวเป็นของตนเองมานานหลายปี.....จบข่าว

คุณเบ็ญเป็นพี่สาวคนโตผู้มีจิตใจกว้างกว่ามหาสมุทร ไม่เคยหวงสมบัติ ได้จัดสรรแบ่งกิจการที่มีหลากหลายให้น้อง ๆ 8 คน รวมคุณบิ๊กซึ่งเป็นคนที่ 7 หลังบิดามารดาบอกว่าได้เวลาวางมือแล้วเพราะท่านทั้งสองได้ทุ่มเทสมบุกสมบัน เริ่มจากทำกิจการแรกคือการแยกของรีไซเคิลไปจำหน่ายต่อ กิจการที่คนสมัยก่อนเมินเพราะเป็นงานหนัก อยู่กับของเก่าไม่มีความสวยงาม แต่ทว่ามันคือทองคำยุคใหม่ที่ไม่มีวันหมด ตราบใดที่ยังมีมวลมนุษย์อยู่บนโลกนี้

หนึ่งในกิจการที่บิดามารดาสั่งสมให้ลูก ๆ คือกิจการรับซื้อเหล็กใช้แล้วทุกชนิด คุณเบ็ญแบ่งกิจการนี้ให้น้องชายเพราะเป็นงานหนักที่น้องชายควรได้รับแต่เป็นงานที่มั่นคง งานนี้เป็นงานร้อนต้องตากแดดอยู่กับคนงาน บางครั้งต้องขับรถแบ๊คโฮ จ่ายเงินลูกน้องเอง เวลาคนขับลาออกต้องขับรถส่งของเอง ติดต่อลูกค้าเอง เลยเกิดความเครียดสะสมแบบไม่รู้ตัว

ไม่มีอะไรที่พี่สาวคนนี้จะไม่รู้เกี่ยวกับน้องชายที่รัก แม้การไปโรงพยาบาล คุณเบ็ญก็จะพาน้องไปตรวจสุขภาพ เพราะคุณเบ็ญดูแลน้องเหมือนเป็นลูกของตนเอง คุณเบ็ญ คุณบิ๊กและภรรยา จึงสบายใจและนอนใจว่าคุณบิ๊กแข็งแรงมาตลอด จนกระทั่งคืนหนึ่งคุณบิ๊กเขย่าตัวปลุกภรรยาให้ตื่น *"พี่เป็นอะไรไม่รู้ แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก"* ภรรยาจับตัวเห็นว่าเหงื่อแตกจนเสื้อเปียกทั้งที่เปิดแอร์เย็นฉ่ำ

ที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลใกล้บ้าน พยาบาลวัดความดันโลหิตได้ 180/90 และเครื่องจับชีพจรได้ 200 ครั้งต่อนาที แพทย์รีบให้เข้าห้องไอซียูและปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจรับเป็นเจ้าของไข้โดยด่วน

แพทย์บอกว่า หัวใจเต้นผิดจังหวะ จึงพิจารณาจะให้ติดเครื่อง Pacemaker ซึ่งราคาสูงมาก คุณหมอถามว่าชอบดื่มกาแฟไหม ซึ่งก็ใช่เลย ดื่มหลายแก้วต่อวัน เติมทั้งนมน้ำตาล พักโรงพยาบาลอยู่ 2 วันจึงได้กลับบ้าน ภายหลังได้ยาควบคุมความดันโลหิตสูง ลดไขมันในเลือด เพราะไขมันโคเลสเตอรอลสูงถึง 260

แพทย์ขอร้องว่า อย่าใช้ยาที่ช่วยทำให้เกิดความคึกคักก่อนมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ปรึกษาแพทย์อีก ยานี้เพื่อนให้มาเพราะเห็นว่าคุณบิ๊กเครียดกับงาน เลยหวังดีให้มาทานโดยไม่คิดว่ายามีผลเสียใดบ้าง เนื่องจากแพทย์ต้องเป็นผู้ดูแลการใช้ยาอย่างใกล้ชิด หากมีอาการต่อไปนี้ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเช่นไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ ในช่วงหลังสามารถควบคุมการเต้นของหัวใจได้ 60 ครั้งต่อนาที เป็นต้น

คุณบิ๊กอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะทุเลาไปแล้ว จึงกลับไปทำงานหนักเช่นเดิม วันนั้นคุณภาคพี่ชายมาหา ชวนทานข้าวด้วยกัน คุณบิ๊กเพิ่งทานแฮมเบอร์เกอร์ไปหยก ๆ เลยเดินออกมาที่รถ ขณะเอื้อมมือขวาไปปิดกระโปรงท้ายรถ แขนขวาร่วงลงมาอย่างรวดเร็ว สงสัยเลยยกใหม่คราวนี้ยกมือขวาไม่ขึ้น พยายามตะโกนบอกคนในร้านให้ออกมาช่วย *"พระเจ้า"*

พูดไม่ออก แข็งใจเดินไปหน้ารถ พยายามสตาร์ทรถ เปิดแอร์ เพราะสงสัยอากาศร้อน แล้วทุกอย่างก็ดับวูบไป.......

คุณภาคเห็นน้องชายหายไปประมาณหนึ่งชั่วโมง ชักสงสัย จึงเดินออกมาดูว่าทุกอย่างเรียบร้อยไหม น้องชายอาจต้องการใครช่วย เลยเดินไปดูรอบ ๆ ไม่เห็นเลย สงสัยว่าท้ายรถเปิดแต่ไม่พบใคร อ้อมมาด้านที่นั่งคนขับ

"บิ๊ก บิ๊ก เป็นอะไร" คุณภาคตะโกนเสียงดัง หลังพบคุณบิ๊กนั่งไม่ไหวติงอยู่ตรงพวงมาลัย สงสัยว่าจะเป็นลม

รถพยาบาลนำคุณบิ๊กและคุณภาคพี่ชายมาถึงโรงพยาบาล รอจนแพทย์ตรวจประเมินอย่างรวดเร็ว ช่วยให้ข้อมูลแพทย์แผนกฉุกเฉินเท่าที่เห็นเหตุการณ์ระยะสั้น ๆ ว่า เห็นน้องชายนอนตัวเอียงอยู่ตรงที่นั่งคนขับ เรียกไม่ตอบ ได้แต่หรี่ตามองตน จนกระทั่งน้องชายมาฟื้นที่โรงพยาบาล คุณบิ๊กถูกส่งเข้าห้องไอซียูด่วนเพราะความดันสูงมากและชีพจรเต้นเร็ว และไม่สามารถโต้ตอบแพทย์ได้แขนขาขวาอ่อนแรง แต่เนื่องจากคุณบิ๊กเพิ่งทานอาหารไปไม่เกินชั่วโมงแพทย์จึงต้องทำซีที (CT Scan) เพราะต้องดูสมองว่ามีปัญหาเส้นเลือดตีบ แตก หรือตัน ไม่สามารถทำเอ็มอาร์ไอ (MRI) สมองได้เพราะต้องฉีดสีและรอถามภรรยาว่า แพ้ไอโอดีน หรืออาหารทะเลหรือไม่ อีกทั้งยังต้องรองดน้ำงดอาหารอย่างต่ำ 4 ชั่วโมงจึงจะเข้าตรวจได้

"เจ๊ เจ๊ เจ้าบิ๊กเป็นไงไม่รู้ สงสัยเป็นลม ผมเรียกรถพยาบาล ไปเจอกันที่โรงพยาบาลนะ" คุณเบ็ญพี่สาวรู้ข่าวรีบโทรบอกคุณแดงภรรยาคุณบิ๊กให้ไปเจอกันที่โรงพยาบาล ซึ่งตอนนั้นคุณบิ๊กมีสติพอจะโทรบอกภรรยาว่าไม่รู้เป็นอะไรก่อนวูบไปที่ห้องไอซียู พี่สาวและภรรยามองที่จอเครื่องวัดสัญญาณชีพตลอด

คุณเบ็ญคิดวูบแรกว่าสงสัยน้องชายจะหัวใจเต้นเร็ว จากอาการที่เกิดก่อนหน้านี้ *"คุณหมอกิติ"* ซึ่งเป็นแพทย์ที่คุณเบ็ญให้ความนับถือรักษากัน

มานานต้องรับสายให้คำปรึกษาคุณเบ็ญทางโทรศัพท์

"ความดัน 120/70 ชีพจร 65 ความดันหัวใจก็ดี เอาไงคะคุณหมอ"

พอดีคุณหมอที่ดูแลที่ไอซียูเดินเข้ามา *"คนไข้เป็นยังไงคะคุณหมอ"*

"ผมสงสัยเป็นเส้นเลือดในสมองจะตีบ ไม่ก็อาจแตกครับ เพราะคนไข้ยกมือขวาไม่ขึ้น ยกขาขวาก็ไม่ขึ้น"

มองไปที่เตียงคนไข้ก็เห็นคุณบิ๊กถูกผูกมือซ้าย เท้าซ้าย ซึ่งเป็นข้างที่มีแรง แต่อีกข้างไม่ผูกก็เข้าใจได้ในทันที

"คุณหมอคะ ถ้าจะขอย้ายคนไข้ได้ไหมคะ"

"ยังไม่ได้ครับต้องรอเข้าเครื่องสแกนสมองก่อน ถ้าพบเส้นเลือดแตกหรือตีบจะย้ายทันทีไม่ได้ เพราะจะอันตรายมาก"

ช่วงที่เกิดเหตุประมาณบ่ายโมงครึ่ง กว่าจะรอสแกนสมองก็บ่ายสามหนึ่งชั่วโมงที่คุยกับแพทย์ คนไข้ก็ยังไม่ได้ถูกส่งเข้าห้องสแกน รอผลอีกครึ่งชั่วโมงจนคุณเบ็ญทนไม่ไหวนานเหมือนเป็นปี ทุกคนกระวนกระวายมากเลยโทรหาคุณหมอกิติอีก "ผลยังไม่ออกเลยคุณหมอว่าเส้นเลือดสมองแตกหรือเปล่า"

"เอาอย่างนี้คุณเบ็ญ หมอจะสั่งรถพยาบาลฉุกเฉินออกไปเลยนะ กว่าจะไปถึงปากน้ำก็คงเกือบชั่วโมง ตอนนั้นผลสแกนคงได้พอดี คุณเบ็ญต่อโทรศัพท์ให้คุณหมอที่นั่นคุยกับหมอเลย"

"คุณหมอคะ ผลสแกนสมองออกแล้ว เส้นเลือดแตกไหมคะ"

"ไม่ครับ เส้นเลือดตีบ"

"แล้วคุณหมอไม่ให้ยาเลยหรือคะ"

"เราไม่มีแพทย์รักษาทางนี้ครับ" คุณเบ็ญไม่รอช้าต่อสายทันที

"ฮัลโหล คุณหมอกิติ สแกนแล้วเส้นเลือดสมองไม่แตกค่ะ คุณหมอที่นี่บอกว่าตีบ คุณหมอช่วยคุยกันหน่อยนะคะ"

"ครับ ครับ ทางเราก็ไม่มีเครื่องมือเพียงพอ คุณหมอส่งรถมาแล้วใช่ไหมครับ ทางเราจะเตรียมผลซีทีสแกนใส่แผ่นซีดีให้"

"คุณหมอครับ ผมขอรบกวนคุณหมอสั่งยาตามนี้นะครับ....."

คุณพยาบาลขอร้องให้ทุกคนออกมาข้างนอก เพราะคุณหมอกิติได้คุยกับคุณหมอที่นี่แล้วว่าต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดไปก่อน ช่วงนี้การประสานงานสำคัญมากเพราะญาติรู้ประวัติผู้ป่วยเดินทางมาดูเร็ว และสามารถติดต่อโรงพยาบาลที่สองอย่างต่อเนื่องจนได้รับยาในเบื้องต้นก่อนย้ายมา

รถพยาบาลไปถึงปากน้ำแล้วหลังทีมแพทย์ที่ไปรับประเมินร่วมกับแพทย์ที่โรงพยาบาลนี้แล้วก็ออกรถทันทีเป็นเวลาบ่าย 4 โมงเย็น ความที่วันนั้นเป็นวันที่รถติด กว่าจะมาถึงโรงพยาบาลที่คุณหมอกิติออกตรวจก็ร่วม 6 โมงเย็น เรียกว่าวันนั้นทุลักทุเลเรื่องการเดินทางใช้เวลา 6 ชั่วโมงกว่าจากเวลาเกิดเหตุจึงมาถึงโรงพยาบาลที่สองและแพทย์ก็โทรคุยกับคุณหมอกิติจากในรถรายงานอาการตลอดเวลา

เมื่อถึงห้องฉุกเฉินทุกอย่างไม่ช้าเพราะมีการประสานล่วงหน้าสามทาง คือจากรถพยาบาล แพทย์ห้องฉุกเฉิน และคุณหมอกิติ คุณบิ๊กได้เข้าศูนย์โรคหัวใจและส่งห้องตรวจเอ็มอาร์ไออย่างรวดเร็ว

"ผลเอ็มอาร์ไอออกแล้ว เชิญญาติทางนี้ครับ" ทุกคนนั่งล้อมวงตรงหน้าจอคอมพิวเตอร์ โดยอาจารย์กิติอธิบายว่า *"เอ็มอาร์ไอ ให้ผลชัดเจนว่าเส้นเลือดสมองตีบ 5 เส้น"*

"คุณพระ" คุณเบ็ญอุทาน

"ค่อนข้างหนักใจ เพราะกว่าจะมาถึงมือหมอ ใช้เวลานานเกินคือ 6 ชั่วโมง ปกติถ้ารู้ว่าอาการเป็นแบบนี้ควรถึงโรงพยาบาลใน 4.5 ชั่วโมง แต่ก็ปาฏิหาริย์นะ เพราะคนไข้ยังสามารถประคับประคองตัวเองได้โดยไม่มีอาการที่รุนแรง แพทย์ให้หยุดยาเดิมจากโรงพยาบาลแรก ปรับยาให้ใหม่ช่วงรับยาใหม่ยังยกมือไม่ได้เลย"

คืนที่ 1 ได้เชิญรังสีแพทย์เชี่ยวชาญด้านสวนหลอดเลือดสมองในการรักษาโดยสอดลวดเข้าไปจากเส้นเลือดใหญ่ต้นขาไปถึงเส้นเลือดในสมองและคีบเอาลิ่มเลือดออกมา คุณเบ็ญถูกเชิญเข้าไปดูหลังแพทย์สามารถคีบเอาลิ่มเลือดออกมาได้จากสองเส้น

"เส้นเลือดอีก 3 เส้น มีลิ่มเลือดอุดกั้นเยอะมาก และลึกเกินกว่าจะคีบลิ่มเลือดออกมาได้ เสี่ยงเกินไป จะไม่คุ้ม" คุณหมออธิบายพลางชี้ให้ดูผลเอ็มอาร์ไอ *"ส่วนที่เป็นปัญหาต่อจากนี้คือ 3 เรื่องใหญ่ที่คนไข้จะมีปัญหาความจำ การเคลื่อนไหว และการพูด ขอดู 3 วัน"*

ห้าชั่วโมงผ่านไป *"บิ๊ก บิ๊ก เป็นไงบ้าง"* ผู้ป่วยสะลึมสะลือมาก ลองกำมือผู้ป่วยดู คุณเบ็ญรู้สึกถึงการบีบมือตอบ แสดงว่าคุณบิ๊กขยับมือได้แล้ว คุณเบ็ญยิ้มทั้งน้ำตาและมีความหวังเต็มเปี่ยม

รุ่งขึ้นวันที่ 2 เริ่มบีบมือแพทย์ด้วยมือขวาได้ ให้ยกขาขวาก็ทำได้ต้านแรงกดแรงดึงของแขนขาขวากับแพทย์ได้ พี่สาวและครอบครัวมีสีหน้าคลายเครียดอย่างเห็นได้ชัด แต่ยังเดินไม่ได้ พูดไม่ได้ แต่บ่าย ๆ สร้างความตื่นเต้นให้เห็นว่าพูด *"ครับ"* กับพยักหน้าว่าเข้าใจได้

วันที่ 3 พี่สาวถามว่า *"จำเจ๋ได้มั้ย"* (เจ๋คือเจ้หรือพี่สาว)

"ได้ครับ"

"จำจิ๊จ๊ะลูกสาวได้ไหม" คุณบิ๊กพยักหน้าและยิ้มน้อยๆ แต่ไม่อาจเปล่งเสียงเรียกจิ๊จ๊ะได้ จำภรรยาได้ ยิ้มดีใจมากได้ แต่ไม่สามารถเรียกชื่อได้บ่ายๆถาม *"จะเปลี่ยนช่องรายการโทรทัศน์ไหม"*

เริ่มเปล่งเสียง *"ตามใจเจ๋"*

แต่ก็ยังไม่สามารถเปล่งเสียงเป็นชื่อของลูกชายสองคนและภรรยาได้ แพทย์เริ่มสั่งให้ทานอาหารอ่อน พี่สาวถาม *"อยากทานอะไรดี โจ๊กหรือข้าวต้ม"*

คุณบิ๊กบอก *"อะไรก็ได้"* และไม่สำลักอาหาร

วันที่ 4 พยายามฝืนจะไปห้องน้ำเอง เพราะคงไม่อยากให้พยาบาลมาช่วยเรื่องส่วนตัว แต่ภรรยาบอกว่า *"อย่าเพิ่งเลย"*

"แต่จากสภาพที่เห็นเรียกว่า ฟื้นตัววันต่อวัน และพูดได้หลายคำ คงเป็นเพราะเดิมชอบออกกำลังกาย ก็เลยฟื้นตัวได้เร็ว" คุณเบ็ญเล่าด้วยสีหน้ารอยยิ้มที่มีความสุขมาก ช่างเป็นพี่สาวที่จำรายละเอียดได้มากจริง ๆ

วันที่ 5 แพทย์ให้ย้ายออกไปอยู่ห้องธรรมดาและขอแพทย์เข้าห้องน้ำ คุณบิ๊กทำได้ นักกายภาพบำบัดเริ่มให้เดิน ให้ฝึกเดินขึ้นบันได เดินคู่กับนักกายภาพดีขึ้นมาก

วันที่ 6 คุณเบ็ญบอกพลางคล้องแขนน้องชาย *"ไปเดินนอกห้องกัน"* และยังแอบไปขึ้นลิฟท์กับลงบันไดเลื่อนโดยต้องนับจังหวะก้าวพร้อม ๆ กัน ดีที่ไปสารภาพกับแพทย์แล้วแพทย์บอก *"ดีนี่"* โล่งใจไม่โดนแพทย์ดุ

คุณบิ๊กชักคิดถึงงานเลยขอใช้คอมพิวเตอร์ พิมพ์ได้และลองเขียนหนังสือได้เดินไปที่ตู้เย็นนำน้ำอัดลมมาเปิดดื่มได้ แต่ไม่สามารถเรียกชื่อได้

สรุปอยู่โรงพยาบาลรวม 7 วัน สามารถพูดได้ เดินได้ ทานอาหารไม่สำลัก แพทย์จึงให้กลับบ้านได้

ความเอาใจใส่ช่างสังเกตของครอบครัวพี่น้องเป็นสิ่งสำคัญ ความรวดเร็วในการประสานงานหากดำเนินการได้เร็วจะช่วยฟื้นสภาพผู้ป่วยได้มาก

"ขอบคุณมากครับ พี่เป็นทั้งแม่และพี่สาวของผม"

"ก็พี่ห่วงเธอ"

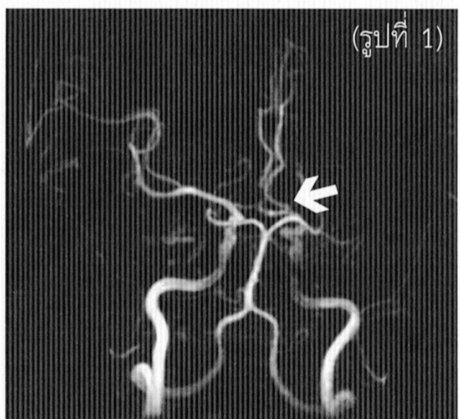
การรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน ด้วยการสวนหลอดเลือด

รศ.นพ. ฑิตพงษ์ ส่งแสง

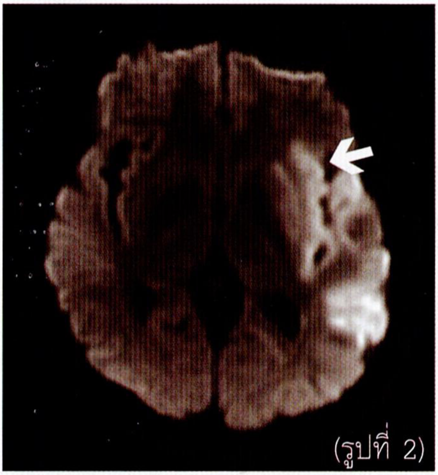
นพ. ชาญพงค์ ตังคณะกุล

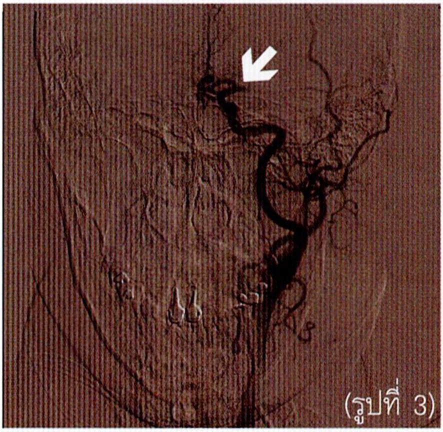
ในช่วงเย็นของวันนั้น ผม (*รศ.นพ. ฑิตพงษ์ ส่งแสง*) ได้รับปรึกษาผู้ป่วยจาก นพ. ชาญพงค์ ตังคณะกุล เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงของแขนและขาข้างขวา, พูดไม่ได้ ซึ่งเข้าได้กับหลอดเลือดสมองเส้นใหญ่ในสมองอุดตัน ทีมของผมได้มา Stand by รอคนไข้และเตรียมห้อง MRI ไว้เพื่อคนไข้จะได้ทำโดยไม่เสียเวลา เพราะเรารู้ว่าทุกวินาทีที่เสียไป จะทำให้สมองเสียหายมากขึ้น (Time is Brain) ที่โรงพยาบาลเราเลือกใช้ MRI ในการประเมินความเสียหายของสมองที่เกิดจากการขาดเลือด เพราะเราเชื่อว่า MRI-MRA Brain ซึ่งแสดงผลของหลอดเลือดที่ศีรษะและคอที่มีการอุดตันทั้งในและนอกสมอง รวมทั้งเนื้อสมองที่เสียหายได้ดีกว่า การตรวจด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Brain)

ในผู้ป่วยรายนี้เราพบหลอดเลือดบริเวณฐานสมองด้านซ้าย (MCA - M1, M2) ตั้งแต่ส่วนต้นอุดตัน (รูปที่ 1) ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองของส่วนปลายไม่พอ โดยเริ่มเห็นมีบริเวณของการขาดเลือดขนาดใหญ่ แต่ยังไม่มีบริเวณที่ขาดเลือดมากจนเป็นเนื้อตายขนาดใหญ่มากนัก


(รูปที่ 1)

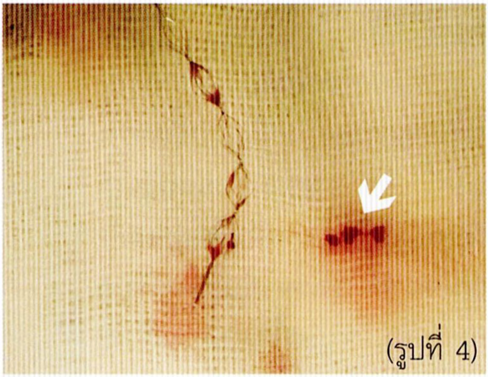
ความเสียหายจากภาพเข้าได้กับอาการแสดงของคนไข้ (รูปที่ 2) ซึ่งระหว่างการตรวจยังพบว่ามีอาการมากขึ้นคือ ขาขวาที่พอจะขยับได้กลับขยับไม่ได้แล้ว หลังปรึกษากันแล้วเราคิดว่าคนไข้น่าจะได้ประโยชน์จากการรักษา โดยการใส่สายสวนเข้าไปลากเอาลิ่มเลือดที่อุดตันที่ฐานสมองออกมา ทีมจึงได้คุยกับภรรยาของคนไข้ในทันที ได้อธิบายถึงวิธีการรักษา ประโยชน์และโอกาสสำเร็จ รวมถึงความเสี่ยงในการรักษาให้รับทราบ โดยขณะเดียวกันได้เตรียมห้องและอุปกรณ์ที่ใช้รักษาพร้อมกันไปด้วย ซึ่งภรรยาคนไข้ตัดสินใจให้ทำการรักษาได้


(รูปที่ 2)

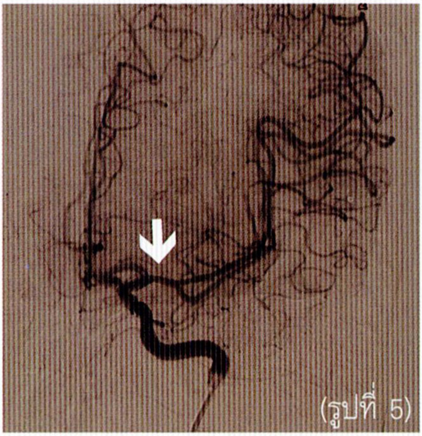

(รูปที่ 3)

การรักษาเริ่มต้นด้วยการให้คนไข้หลับและอยู่นิ่ง โดยการให้ยาสลบจากวิสัญญีแพทย์ เมื่อคนไข้หลับทีมแพทย์ผู้ทำการรักษาจะทำการสวนหลอดเลือดสมอง โดยใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือดที่ขาหนีบข้างขวาไปผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่ช่วงลำตัวช่องอก ต่อเข้าไปที่หลอดเลือดบริเวณคอ ผ่านเข้าหลอดเลือดแดงของหัวใจ และจะฉีดสี (สารทึบรังสี) เข้าในหลอดเลือดสมองเส้นที่ไม่อุดตันก่อนตามด้วยหลอดเลือดที่อุดตัน (รูปที่ 3) เพื่อประเมินดู Collaterals และความเสียหายที่เกิดขึ้นอีกครั้ง

หลังจากนั้นการรักษาผ่านทางการใส่สายสวนทางหลอดเลือด (ไม่มีการเปิดกะโหลก จะมีแผลเล็กๆ ที่ขาหนีบเท่านั้นหลังการรักษา) เพื่อเปิดหลอดเลือดที่อุดตันด้วยอุปกรณ์พิเศษคล้ายโครงลวดถ่างขยาย แบบเป็นปล้องๆ ก็เริ่มขึ้น ในผู้ป่วยรายนี้การรักษาทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากลิ่มเลือดที่อุดกั้นหลอดเลือดนั้นอุดเป็นทางยาวตั้งแต่คอไปจนถึงส่วนปลายทางแยก ซึ่งทำให้คนไข้ขยับแขน-ขาขวา และพูดไม่ได้ (รูปที่ 4)



(รูปที่ 4)



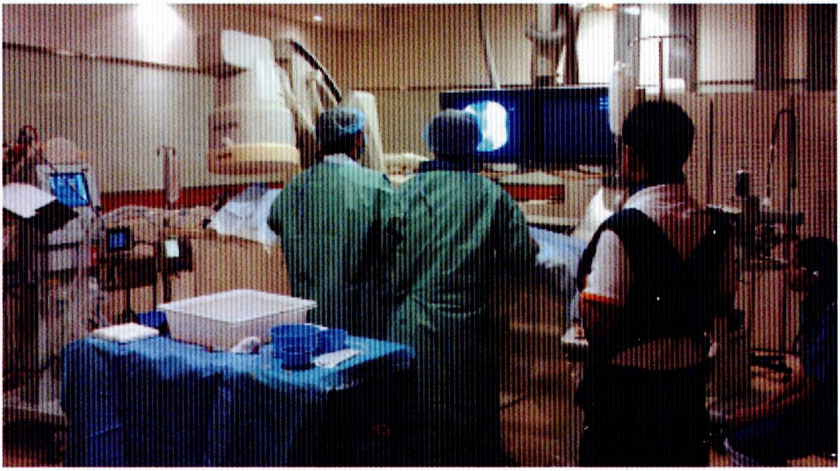
(รูปที่ 5)

อย่างไรก็ดีในท้ายที่สุด เราสามารถเอาลิ่มเลือดออกเกือบทั้งหมด หลอดเลือดเปิดเป็นที่น่าพอใจ (รูปที่ 5) การรักษาใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง หลังจากนั้นได้ส่งคนไข้ไปดูแลต่อที่ ICU, ไม่เกิน 1 ชั่วโมง หลังการรักษาเมื่อคนไข้ตื่นจากยาสลบที่ให้ ตรวจซ้ำพบว่าคนไข้ตื่นขึ้นมาสามารถทำตามคำสั่งแพทย์ เช่น ยกแขน-ขาข้างขวาที่เดิมขยับไม่ได้ ลอยจากพื้นได้ (Grade IV/V) พูดได้ ถามตอบได้เป็นคำๆ ช้าๆ ยังต้องใช้เวลานึกแต่ไม่สับสน โดยรวมทั้งหมดการรักษาเป็นไปอย่างดี ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาอย่างรวดเร็ว ทีมมีการวางแผนที่จะเฝ้าดู เพื่อเฝ้าระวังการบวมของสมองและการมีเลือดซึมออกมา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่ง ทั้งยังเป็นสาเหตุของความพิการและการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เมื่อปี 2550 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยประมาณ 15,000 ราย และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ครั้งล่าสุดเมื่อปี 2547 พบว่ามีผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคมากถึง 11 ล้านคน ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของคนไทย หลังจากพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 10 และอีกถึงร้อยละ 50 – 60 กลายเป็นผู้พิการ

ในปี 2539 การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV-rtPA) ถือว่าเป็นการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเฉียบพลันอย่างแรกได้ผล แต่อย่างไรก็ตาม 58% ของผู้ป่วยจะมีความพิการหรือเสียชีวิตถึงแม้จะได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดขาดใหญ่ตีบตัน (Proximal Occlusion) หรืออาการรุนแรง (NIHSS 10) ตัวอย่างเช่น MCA Occlusion โอกาสเสียชีวิต 30–35% (Chambers, 1987), ICA-T Occlusion เสียชีวิต 53% (Jansen, 1995) Basilar Occlusion เสียชีวิต 89–92% (Bruckmann H, 1986 &, Brandt, 1996)

ด้วยเหตุนี้การรักษาเพื่อเพิ่มการไหลเวียนในเส้นเลือดที่อุดตัน (Endovascular Recanalization) จึงมีความจำเป็นในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง วิธีการต่าง ๆ ถูกพัฒนาตั้งแต่การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดแดง (Intra-arterial Thrombolytic) เพื่อให้ยาเข้าไปถึงลิ่มเลือดที่อุดตันมากที่สุด ต่อมามีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อไปดึงหรือลากลิ่มเลือดนั้นโดยตรง (Mechanical Thrombectomy) และสุดท้ายก็มีการใส่บอลลูน ถ่างขยายเส้นเลือด (Acute Angioplasty) และ / หรือใส่ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือด (Stent)



แต่อย่างไรก็ตามการรักษาด้านนี้ควรจะเลือกใช้ในผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (IV rtPA) หรือผู้ป่วยที่มาเกิน 4.5 ชั่วโมง ซึ่งหมายความว่าการทำ Endovascular Intervention นี้ยังไม่แนะนำให้เป็นการรักษาครั้งแรกในผู้ป่วยซึ่งสามารถให้ยา IV rtPA ได้ แต่อย่างไรก็ตามก็สามารถใช้การรักษาร่วมกันโดยให้ IV rtPA ก่อนถ้าผู้ป่วยไม่ดีขึ้น จึงตามด้วยการรักษาชนิดนี้ (Intra – arterial Treatment)

อาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic Stroke)

- ชาบริเวณแขน ขา ใบหน้า หรือบริเวณข้างใดข้างหนึ่งของร่างกาย
- สับสน มีปัญหาทางการสื่อสาร พูดไม่เข้าใจ
- เห็นภาพซ้อน ตามัว (เพียงข้างเดียว)
- เวียนศีรษะ หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ
- วิงเวียน ทรงตัวไม่อยู่ บางรายอาจเป็นลมหมดสติ

แนวทางการวินิจฉัยโรคและการรักษา

ในการตรวจวินิจฉัยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเปิดหลอดเลือดหรือไม่นั้น แพทย์จะพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการภายใน 6 ชม. หลังจากเกิดอาการ

2. มีการตรวจพบหลอดเลือดอุดตัน จากการเอกซ์เรย์ ดังนี้

2.1 ตรวจหลอดเลือดสมองด้วยสนามแม่เหล็ก หรือการทำ MRA (Magnetic Resonance Angiography) เป็นการใช้สนามแม่เหล็กที่มีความเข้มสูง ในการสร้างภาพโครงสร้างภายในหลอดเลือด

2.2 ตรวจหลอดเลือดสมองด้วยเครื่อง CT Angiogram (CTA Brain) โดยแพทย์จะทำการฉีดสีสารทึบรังสีเพื่อหาตำแหน่งที่มีการตีบตันของหลอดเลือด ด้วยเครื่องเอกซ์เรย์คอมพิวเตอร์ความเร็วสูงแบบ 64 สไลด์ ซึ่งให้ภาพสามมิติที่มีความคมชัดสูง

2.3 ตรวจหลอดเลือดสมองโดยการฉีดสี (Cerebral Angiogram) เป็นการฉีดสีเข้าที่ขาหนีบ เพื่อดูการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมอง

3. มีเนื้อสมองที่ยังมีโอกาสฟื้นกลับมาอยู่ (Penumbra หรือ Oligemia) โดยการตรวจ CTP หรือ MRP เปรียบเทียบกับบริเวณที่เนื้อสมองเสียหายไปแล้ว (Mismatch)

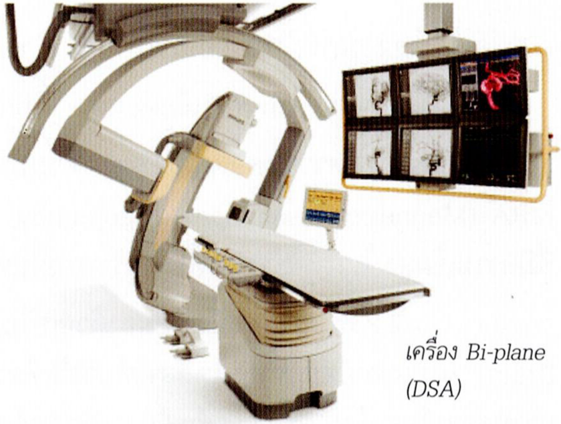
ขั้นตอนการรักษาด้วย Intra-arterial Treatment

เมื่อทีมแพทย์ซึ่งประกอบด้วยประสาทแพทย์ และ Neuro interventionist ได้ตรวจผู้ป่วยและอธิบายผู้ป่วยและญาติแล้ว เห็นประโยชน์ของการรักษาด้วยการทำ Intra-arterial Treatment ซึ่งจะได้บอกถึงข้อดี (Recanalization) ซึ่งจะดีกว่าการให้ทางหลอดเลือดดำ แต่ก็มีโอกาสที่จะเกิดเลือดออกในสมองได้

ซึ่งถ้าผู้ป่วยและญาติตกลงก็จะเริ่มการรักษาทันที การรักษาจะเหมือนกับการตรวจสวนหัวใจ ทำในห้องสวนหลอดเลือด การรักษาวิธีนี้ใช้เวลาประมาณ 1–3 ชั่วโมงโดยเฉลี่ย โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องดมยา

สำหรับลักษณะของแผลผ่าตัดแบบสอดท่อจะเหมือนแบบฉีดสี

ที่ขาทั่วไป และเมื่อทำการรักษาแล้ว ผู้ป่วยควรพักรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก (ICU) จนอาการทางระบบประสาทจะคงที่หรือดีขึ้น



เครื่อง Bi-plane (DSA)

เครื่องมือที่ใช้

แพทย์ก็จะเลือกเครื่องมือซึ่งมีหลายชนิด ตัวอย่างเช่น Solitaire, ERIC หรือการใส่ขดเลือด (Stent) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคราบหินปูนที่หลอดเลือด (Atheromatous Plaque) ซึ่งจะป้องกันการตีบซ้ำ (Re-Stenosis) การเลือกใช้วิธีใด ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ในห้องสวนหลอดเลือด

สรุป

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันโดยวิธีการสวนหลอดเลือดแดงยังเป็นวิทยาการที่ใหม่ในประเทศไทย ในต่างประเทศได้มีการรักษาด้วยวิธีนี้มาระยะหนึ่งแล้ว โดยมีหลักฐานความน่าเชื่อถือและผลการรักษาดีขึ้นกว่าในอดีต

การรักษาโดยใส่สายสวนหลอดเลือด ควรทำในศูนย์หลอดเลือดสมองที่มีประสบการณ์ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำหัตถการทางหลอดเลือดระบบประสาท (Neurointerventionist) ทำการตรวจหลอดเลือดสมองโดยใส่สายสวนผ่านทางหลอดเลือดได้อย่างรวดเร็ว และมีระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการออกแบบให้มีการติดตาม ประเมินผล บันทึกผลการรักษาของผู้ป่วย และประเมินความปลอดภัยในการรักษาผู้ป่วยได้ด้วย



ทรงวาด-ราชวงศ์ สีน้ำ ฝีมือจักรพันธุ์ โปษยกฤต

ทรงวาดราชวงศ์ ท่าขึ้นลงส่งสินค้า

เทียบท่าจอดนาวา ขนข้าวปลามาโกดัง

คืนวันผ่านผันแปร เหลือรังเร่าแค่ความหลัง

ร้างกลิ่นจีนจับกัง ล้อมวงรังนั่งเจียะม้วย

บ้านเมืองเมื่อครั้งเก่า รื่นร่มเงางดงามสวย

คร่าคร่ำไม่ร่ำรวย อยู่ดีด้วยช่วยเหลือกัน

วัลลีศิริ สุดประเสริฐ

๑๔ มีนาคม ๒๕๕๙

รพ. กรุงเทพ

เถ้าแก่อ้วนอ่อนแรง

พญ. พรเพ็ญ พงศทันธรรม

ณ อพาร์ทเม้นท์หลังหนึ่งในตลาดสด มีเถ้าแก่อ้วน เป็นเจ้าของอพาร์ทเม้นท์ วันนี้เป็นวันครบรอบวันเกิดอายุ 60 ปี

เช้านี้ก็เหมือนทุก ๆ วัน เถ้าแก่อ้วนจะเข้ามาดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของอพาร์ทเม้นท์ ขณะที่เถ้าแก่กำลังเดินเข้ามาในห้องทำงาน ได้เดินผ่านหน้าร้านขายของชำของป้าแมวที่มาเช่าห้องชั้นล่างของอพาร์ทเม้นท์ และเป็นแม่บ้านในอพาร์ทเม้นท์ด้วย ป้าแมวสังเกตเห็นเถ้าแก่เดินแบบเซ ๆ ผ่านหน้าร้านที่แกขายของชำ แกยกมือสวัสดี และถามเถ้าแก่ว่า

"เถ้าแก่ไม่สบายหรือเปล่าจ๊ะ ทำไมเดินเซ ๆ"

เถ้าแก่อ้วนไม่รู้สึกว่าตนเองมีอาการผิดปกติใด ๆ ตอบป้าแมวว่า *"สบายดี ไม่ได้เป็นอะไรสักหน่อย"* แล้วเดินเข้าไปในห้องทำงาน

เมื่อนั่งลงที่เก้าอี้ของโต๊ะทำงาน เถ้าแก่จะโทรศัพท์ไปหาเพื่อน ทันทีที่เถ้าแก่อ้วนยกโทรศัพท์มาแนบหูซ้าย ปรากฏว่ามือซ้ายของเถ้าแก่ไม่มีแรงยกโทรศัพท์ โทรศัพท์จึงตกลงบนพื้น

เถ้าแก่อ้วนรู้สึกตกใจ พยายามยกโทรศัพท์ขึ้นมา เพื่อจะโทรใหม่ พยายามอยู่ 5 ครั้ง ทำไม่ได้เลย เถ้าแก่อ้วนรีบเดินออกนอกห้องทำงาน ตะโกนเรียกคนช่วย *"ใครอยู่บ้าง ช่วยกดโทรศัพท์ให้อั๊วหน่อย มืออั๊วไม่มีแรง"*

พอดีป้าแมวทำความสะอาดอยู่ห้องข้าง ๆ ได้ยินเสียงเถ้าแก่อ้วนรีบออกมาหา เห็นเถ้าแก่เดินเซมากขึ้น มือซ้ายไม่มีแรงยกโทรศัพท์ ป้าแมวรีบเข้าไปช่วยโทรศัพท์หาภรรยาเถ้าแก่

"คุณณี มาช่วยเถ้าแก่อ้วนด่วนค่ะ มือซ้ายแกไม่มีแรง และเดินเซ ๆ"

คุณณีพักอยู่บ้านไม่ไกลจากอพาร์ทเม้นท์ รีบขับรถมารับเถ้าแก่อ้วนไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดทันที

ครอบครัวเถ้าแก่อ้วน อากงอาม่ามาจากเมืองจีน ป๊าเถ้าแก่เสียชีวิตตั้งแต่เถ้าแก่ยังเด็ก ไม่ทราบเป็นอะไร ส่วนม้าเป็นผู้หญิงแกร่งเลี้ยงลูกเองมา 7 คน เถ้าแก่อ้วนเป็นลูกคนที่ 2 ม้าเป็นคนอ้วน เป็นโรคความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ และเส้นเลือดสมองตีบ เสียชีวิตไป 5 ปีก่อนด้วยวัย 80 ปี ตอนนี้พี่ชายคนโตเป็นอัมพาต ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และน้องๆทุกคนก็มีไขมันในเลือดสูง

เถ้าแก่อ้วนตอนเด็กอ้วนตุ้ยนุ้ย ม้าเลยตั้งชื่อว่าอ้วน ตอนเรียนมัธยมรูปร่างดีขึ้นเพราะเป็นนักกีฬาบาสเกตบอลโรงเรียนตลอด มาหยุดเล่นกีฬาเมื่อจบ ม.6 พอโตเป็นหนุ่มเป็นคนท้วม ๆ เพื่อน ๆ คนรู้จัก มักเรียก เฮียอ้วนหรือตี๋อ้วน

ตอนอายุ 20 ปี เถ้าแก่อ้วนสูง 168 ซม. น้ำหนัก 65 กก. ออกมาทำงานเปิดร้านอาหารแบบดิสโก้เทคกับเฮงเพื่อนซี้ กิจการร้านดีมาก นิสัยส่วนตัวชอบสนุก พูดคุยเก่ง แต่ *"เครียดง่าย"* ใช้ชีวิตตอนหนุ่มไม่ระวังสูบบุหรี่หนัก ดื่มแอลกอฮอล์บ้าง และชอบดื่มน้ำอัดลมมาก ดื่มแทนน้ำ 1-2 ลิตรต่อวัน เถ้าแก่รู้สึกว่า *"น้ำเปล่าขายแพง"* ดื่มน้ำอัดลมดีกว่า หวานสดชื่นคุ้มค่าเงินกว่าเยอะ ทานอาหารทั้งวันทุกเวลาที่ต้องการ ไม่เคยตรงเวลาเถ้าแก่เป็นลูกคนจีน ชอบอาหารจีนยิ่งมันยิ่งอร่อย ร้านอาหารของเถ้าแก่เปิด 5 โมงเย็นถึง ตี 2 กว่าจะนอนก็ตี 4 ตี 5 เป็นอย่างนี้อยู่ 20 ปี

รูปร่างเถ้าแก่อ้วนก็อ้วนขึ้นเรื่อย ๆ สมชื่อ น้ำหนักกระโดดขึ้นมา 20 กก. ในช่วงเวลาที่ทำกิจการร้านอาหาร เมื่อน้ำหนักใกล้ 80 กก. เริ่มกลับมานอนกรน เถ้าแก่อ้วนจำได้ว่ามีอาการนอนกรนตั้งแต่ตอนเด็ก ม้าเถ้าแก่เคยเล่าให้เถ้าแก่ฟังตอนเป็นหนุ่ม ว่าเป็นเรื่องปกติของเด็กอ้วน *"เดี๋ยวก็ดีเอง"*

เพราะตอนเด็กเถ้าแก่ไม่เคยเจ็บป่วยหนักเลย พอโตเป็นหนุ่มอาการกรนก็หายไปเองจริง ๆ

พออายุ 40 ปีเถ้าแก่อ้วนมาพบคุณณี ซึ่งเป็นลูกสาวร้านทองที่อยู่ใกล้ ๆ กับร้านอาหารของเถ้าแก่ เป็นรักแรกพบ เจอแล้วถูกชะตา คุณณีอายุน้อยกว่าเถ้าแก่ 8 ปี ไม่รังเกียจที่เถ้าแก่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และทำร้านอาหารดิสโก้เทค เถ้าแก่เคยถามคุณณีว่า *"ทำไมณีถึงชอบเฮีย"*

คุณณีตอบว่า *"เฮียอ้วนใจดี คุยแล้วสบายใจ"*

คบกันได้ 2 ปีก็แต่งงานกัน หลังแต่งงาน ได้เพียง 7 วัน คุณณีต้องปรับตัวอย่างมากเรื่องการนอน เพราะเวลานอนคุณณีจะได้ยินเสียง *"คร็อก ฟู่ คร็อก ฟู่"* เกือบทั้งคืน มารู้ซึ้งว่านอนกับคนนอนกรนแล้วเป็นยังงี้นี่เอง

เช้าวันที่ 7 หลังแต่งงาน

คุณณี ทนไม่ไหว เอ่ยปากแบบเกรงใจว่า *"เฮียอ้วนจ๋า เมื่อคืนเฮียนอนหลับสนิทดีมั้ยจ๊ะ"*

เฮียอ้วนตอบแบบสบายใจ *"เฮียหลับสบายมากทุกคืน ยิ่งมีน้องณีมานอนด้วยยิ่งหลับฝันดี๊ดีทุกคืนเลยยยยจ้ะ"*

คุณณีถามเสียงเบาๆ *"เฮียรู้ตัวมั้ยว่านอนกรน เสียงดัง "มากกกก" ณีนอนสะดุ้งตื่นเพราะเสียงกรนทั้งคืนของเฮียทุกคืนเลย แต่คืนที่ผ่านมาแย่สุดเลย ตื่นแล้วนอนต่อไม่ยอมหลับ เฮียเคยไปรักษาเรื่องนอนกรนมั้ยจ๊ะ"*

เฮียอ้วนไม่รู้สึกทุกข์ร้อนใดๆ *"ไม่ต้องรักษาหรอกน้องณี เดี๋ยวก็หายเอง ตอนเด็กเฮียก็นอนกรน แล้วมันก็หายไปเอง น้องณีทำสมาธิก่อนนอนนิดนึงให้สบายใจ แล้วเอาสำลีอุดหูช่วยก็ได้ จะได้หลับสนิทไม่ได้ยินเสียงเฮียกรน นะจ๊ะ"*

เมื่อคุณณีได้คำตอบจากเถ้าแก่อ้วนก็รู้สึกอึ้งกิมกี่เลย ได้แต่บอกกับ

ตนเองว่า *"ฉันต้องนอนหลับได้สนิท ไม่ได้ยินเสียงใดๆทั้งสิ้น (ใช้สำลีอุดหูเอา)"*

ปรากฏว่าได้ผล คุณณีสามารถหลับได้โดยไม่เป็นปัญหาจากเสียงกรนของเถ้าแก่อ้วนอีก

เถ้าแก่อ้วนกับคุณณีช่วยกันดูแลร้านอาหารต่อมาอีก 3 ปี เริ่มมีปัญหาเศรษฐกิจไม่ดี มีคู่แข่งเยอะขึ้น เถ้าแก่มีเงินเก็บก้อนหนึ่ง จังหวะเดียวกับป๊าคุณณี ซึ่งเป็นเจ้าของร้านทอง เริ่มทำอพาร์ทเม้นท์ จึงบอกให้เถ้าแก่มาเป็นหุ้นส่วน ช่วยดูแลอพาร์ทเม้นท์ให้ กิจการร้านอาหารเลยยุบไป

หลังปิดกิจการร้านอาหาร จังหวะการใช้ชีวิตของเถ้าแก่อ้วนก็เปลี่ยนในทางที่ดีขึ้น กินอาหาร หลับนอนเป็นเวลา เพราะคุณณีคอยทำอาหารให้ทาน มีลูกชาย ลูกสาว อย่างละหนึ่งคน เลิกดื่มน้ำอัดลม หันมาดื่มกาแฟดำหรือชาจีน แทน เถ้าแก่ไม่ยอมเลิกสูบบุหรี่ แม้คุณณีจะร้องขอเถ้าแก่ บอกว่า *"สูบแล้วหายเครียด"* ยังสูบหนัก 1-2 ซองต่อวัน ดื่มเหล้าบ้างเวลามีงานเลี้ยง ชีวิตสบายขึ้นไม่ต้องเดินดูแลร้าน ส่วนใหญ่นั่งในออฟฟิศ เถ้าแก่ไม่เคยคิดออกกำลังกาย เพราะรู้สึกร่างกายแข็งแรงดี ผ่านไป 10 ปี น้ำหนักเถ้าแก่อ้วนขึ้นเป็น 90 กิโล อาการนอนกรนกลายเป็นสิ่งปกติของทุกคนที่ต้องนอนฟัง ลูก ๆ ของเถ้าแก่อ้วนก็เช่นกัน ได้ยินเสียงกรนของป๊าเป็นดนตรีกล่อมนอนทุกคืน

วันที่ 13 เมษายน 2550 เถ้าแก่จำได้แม่นยำ คุณณีขอให้เถ้าแก่ตรวจสุขภาพ เพราะไม่เคยตรวจเลย คุณณีพาเถ้าแก่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ คุณหมอบอกผลตรวจสุขภาพว่า *"เถ้าแก่มีไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากถึง 295"* ให้เถ้าแก่ทานยาลดโคเลสเตอรอลทุกวัน และบอกให้เถ้าแก่เลิกสูบบุหรี่ กลับบ้านไปเถ้าแก่ยอมทานยาทุกวัน แต่ไม่ยอมหยุดสูบบุหรี่ บอกคุณณีว่าขอค่อย ๆ ลดจำนวนสูบลง ให้ไม่เกิน 1 ซองต่อวัน หมอนัดตรวจเลือดอีก 3 เดือนถัดมาเถ้าแก่ก็ไม่ไปเพราะกลัวเข็ม

ผ่านไป 1 ปีหลังตรวจสุขภาพ เถ้าแก่อ้วนรู้สึกเจ็บหน้าอกจี๊ดๆ เป็นๆหายๆ มักเป็นเวลาอยู่เฉยๆ เป็นอยู่หลายครั้งในช่วง 2 สัปดาห์ เลยบอกคุณณี ว่า *"ณี พักนี้เฮียเป็นอะไรไม่รู้เจ็บจี๊ดที่อกซ้ายบ่อยๆ"*

คุณณีเลยรีบพาเถ้าแก่มาพบคุณหมอที่โรงพยาบาลเดิม ที่เคยตรวจสุขภาพปีก่อน หลังตรวจอย่างละเอียดคุณหมอแจ้งว่า *"คุณสมชายครับ ผลวิ่งสายพานสงสัยว่าหลอดเลือดหัวใจบางเส้นจะตีบ หมอจะปรึกษาคุณหมอโรคหัวใจ ให้ฉีดสีดูหลอดเลือดให้ชัดเจนนะครับ"*

เถ้าแก่นึกในใจไม่อยากทำ เพราะเสียดายเงิน และรู้สึกอาการไม่หนักหนา ต่อรองกับคุณหมอว่า *"ผมขอยากลับไปทานก่อนได้มั้ยครับ"* แล้วให้คุณหมอนัดมาดูอาการอีกที คุณหมอก็ตามใจเถ้าแก่ ให้ยาลดอาการเจ็บหน้าอก และเปลี่ยนยาลดไขมันให้

กลับมาบ้านต่างจังหวัด อาการเจ็บหน้าอกหายไป หลังทานยาตัวใหม่ เถ้าแก่เลยสบายใจ ไม่คิดจะกลับไปตรวจอีก ซื้อยามาทานเองต่อ ไม่ได้ดูแลใด ๆ เพิ่ม ยังสูบบุหรี่อยู่แต่เหลือครึ่งซองต่อวัน ใช้ชีวิตเหมือนเดิมทุกอย่าง รูปร่างเถ้าแก่ค่อย ๆ ขยายออกด้านข้าง จนน้ำหนักขึ้นถึง 100 กก. หลังผ่านไป 6 ปี

วันหนึ่งมีงานบุญขึ้นบ้านใหม่ที่บ้านน้องชาย เถ้าแก่ไปช่วยยกของ ดูแลความเรียบร้อย ขณะยกของเดินเข้าบ้าน รู้สึกหน้ามืดจะเป็นลม ต้องรีบวางของ แล้วนั่งลง ขณะนั้นไม่มีใครสังเกตเห็น เถ้าแก่อ้วนก็คิดว่าเป็นเพราะเมื่อคืนนอนไม่ค่อยหลับ หลังจากนั่งพักอาการดีขึ้น เลยไม่ได้บอกใคร และไม่ได้ทำอะไร

วันรุ่งขึ้น เถ้าแก่อ้วนกำลังเดินขึ้นบันไดไปที่ชั้น 3 ของอพาร์ทเม้นท์ ก่อนจะก้าวขาถึงชั้นที่ 3 ทันทีทันใดรู้สึกปวดจุกขึ้นมาที่ลิ้นปี่ จนต้องงอตัวนั่งพักตรงชายบันได เหงื่อแตก แต่ยังมีสติพอ เถ้าแก่ตะโกนเรียกคนช่วย

เท่าที่มีแรง โชคดีลูกค้าอพาร์ทเม้นท์คุณจี๊ดกับคุณหาญ สามีภรรยาลูกค้าประจำที่เพิ่งเข้าพักเมื่อคืนออกจากห้องเดินมาถึงบันได เห็นเข้าพอดี ทั้งคู่รีบวิ่งเข้าไปดูเถ้าแก่ เห็นเถ้าแก่หน้าซีด เหงื่อซึม หายใจแรง

คุณจี๊ดถาม "เถ้าแก่อ้วนเป็นยังไงบ้าง"

คุณหาญบอก "รีบเรียกรถพยาบาลเร็ว จี๊ดลงไปบอกพนักงานข้างล่างโทรเรียกรถพยาบาลด่วน"

คุณจี๊ดรีบลงบันไดไปแจ้งพนักงานที่เคาน์เตอร์ชั้นล่าง ขณะที่คุณหาญประคองเถ้าแก่มานอนลงบนโซฟาที่ห้องโถงชั้น 3 เถ้าแก่ยังมีสติดี อาการแน่นหน้าอกเบาลงหน่อย บอกคุณหาญ *"ช่วยหยิบยาในกระเป๋ากางเกงให้หน่อย หยิบเม็ดยาเล็ก ๆ สีขาวในซองสีน้ำตาลให้ซักเม็ด"* เป็นยาอมใต้ลิ้นที่หมอหัวใจเคยให้ไว้เมื่อปีที่แล้วที่ไปตรวจสุขภาพ โชคดีที่เถ้าแก่พกติดกระเป๋าไว้ตลอดเวลา เถ้าแก่ยังจำคำแนะนำของคุณหมอได้แม่นยำ

"คุณสมชาย หมอเพิ่มยาเม็ดขยายหลอดเลือดให้ ถ้ามีอาการแน่นหน้าอกให้รีบอมใต้ลิ้นทันที แล้วรีบมาพบหมอนะครับ"

หลังจากเถ้าแก่อมยาใต้ลิ้นได้ซัก 3 นาที อาการแน่นหน้าอกดีขึ้นมาก เถ้าแก่บอกคุณหาญให้ช่วยประคองนั่ง จังหวะพอดีรถฉุกเฉินจากโรงพยาบาลประจำจังหวัดขับมาถึงอพาร์ทเม้นท์พอดี เจ้าหน้าที่ 3 คนนำเปลรับผู้ป่วยขึ้นมาที่ชั้น 3 ของอพาร์ทเม้นท์ รีบประคองให้เถ้าแก่นอนลงบนเปลแล้วยกลงจากชั้น 3 อย่างระมัดระวัง จังหวะเดียวกับคุณณีรับสายพนักงานที่โทรบอกว่าเถ้าแก่อ้วนเจ็บหน้าอกมาก รีบขับรถมา ถึงอพาร์ทเม้นท์ คุณณีจึงขึ้นรถฉุกเฉินไปกับเถ้าแก่อ้วน จับมือเถ้าแก่ถามด้วยความเป็นห่วง

"เฮียเป็นไงบ้าง ดีขึ้นมั้ย"

เถ้าแก่ปลอดใจยังมีอารมณ์ขัน บอกคุณณีว่า

"เฮียยังโอเค ณี ไม่ตายง่าย ๆ ดอก ไม่ต้องเป็นห่วง"

เมื่อรถฉุกเฉินพาเถ้าแก่อ้วนมาถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัด รีบเข็นเตียงเข้ามาห้องฉุกเฉิน คุณหมอที่ฉุกเฉินซักถามอาการ

“สวัสดีครับผมหมอสุรัช คุณลุงเป็นอะไรมาครับ”

เถ้าแก่อ้วนเริ่มเล่าอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้นวันนี้ให้ฟัง แล้วไม่ลืมบอกว่าตนเองรู้ว่ามีปัญหาหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่ได้ยาทานมาเป็นปี แต่ไม่เคยกลับไปพบหมอหัวใจอีก คุณหมอได้ตรวจร่างกายเถ้าแก่อย่างละเอียดถามอาการ *“ตอนนี้คุณลุงยังเจ็บหน้าอกมากมั้ยครับคิดเป็นกี่เปอร์เซนต์ครับถ้าเทียบกับก่อนมาโรงพยาบาล”*

เถ้าแก่มีกำลังใจดีบอก *“ดีขึ้นซัก 50% แล้วครับ เห็นคุณหมอแล้วผมดีใจ หัวใจเลยเจ็บน้อยลงครับ”*

คุณหมอจึงให้คุณพยาบาลจัดยาเพิ่มเพื่อรักษาอาการ ขณะเดียวกันก็ให้ ตรวจเลือด คลื่นหัวใจ เอกซเรย์ปอด คุณหมอ แจ้งคุณณีว่า

“คุณณี เป็นญาติคุณสมชายใช่มั้ยครับ อาการเถ้าแก่เหมือนหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน ตอนนี้อาการยังไม่อันตราย แต่ต้องส่งตรวจเพิ่มเติมแล้วต้องมาพิจารณาว่าจะดูแลต่อที่โรงพยาบาล หรือต้องส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่มีเครื่องมือพร้อมกว่านะครับ”

1 ชั่วโมงผ่านไป ผลตรวจออกมา เถ้าแก่ยังคงนอนอยู่ห้องฉุกเฉินคุณหมอแจ้งเถ้าแก่พร้อมคุณณีว่า *“น่าจะมีหลอดเลือดหัวใจตีบ 3 เส้นต้องรีบพบคุณหมอด้านหัวใจ แล้วฉีดสี แต่ที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำได้หมอจะต้องส่งตัวไปโรงพยาบาลอื่น คุณสมชายสะดวกไปโรงพยาบาลไหนดีครับ”*

คุณณีไม่ลังเลบอกคุณหมอ *“คุณหมอส่งตัวไปโรงพยาบาลเอกชนที่กรุงเทพฯได้มั้ยคะ เฮียเคยไปตรวจสุขภาพที่นั่นปีที่แล้ว”* คุณหมอตกลงรีบยกโทรศัพท์โทรแจ้งอาการและความต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนที่กรุงเทพฯ

หลังจากนั้นอีก 2 ชั่วโมง รถฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน จากกรุงเทพฯก็มารับเถ้าแก่อ้วน อาการเถ้าแก่ระหว่างเดินทางทรงตัว ใช้เวลาเดินทางประมาณ 2 ชั่วโมง เมื่อมาถึงโรงพยาบาลเอกชนที่กรุงเทพฯ พยาบาลแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินรีบเข็นรถนอนเถ้าแก่ไปที่ห้องสวนหลอดเลือดหัวใจทันที คุณหมอหัวใจทำการสวนหลอดเลือดหัวใจด้วยความชำนาญ พบว่าหลอดเลือดหัวใจของเถ้าแก่อ้วนตีบรุนแรงทั้งสามเส้น ขณะที่คุณหมอสวนหัวใจ เถ้าแก่อ้วนยังมีสติรับรู้ทุกอย่าง คุณหมอบอกเถ้าแก่ที่นอนบนเตียงในขณะสวนหัวใจว่า

"หลอดเลือดหัวใจของคุณสมชายตีบรุนแรงทั้ง 3 เส้นเลย หมอไม่สามารถใส่บัลลูนเข้าไปขยายหลอดเลือดให้ได้ ต้องให้หมอศัลยกรรมหลอดเลือดหัวใจ ผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดให้แทนนะครับ"

เถ้าแก่อารมณ์สงบรับฟังรู้สึกกลัว แต่ก็มั่นใจในชื่อเสียงของแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ บอกคุณหมอที่ห้องสวนหัวใจแบบไม่ลังเล

"แล้วแต่คุณหมอครับ ผมฝากชีวิตไว้กับที่นี่แล้วครับ อะไรที่จำเป็นและดีที่สุด ทำได้เลยครับ"

คุณหมอออกจากห้องสวนหัวใจมาแจ้งคุณณี ที่นั่งรออย่างกังวลที่หน้าห้องสวนหัวใจ *"คุณเป็นญาติคุณสมชายใช่มั้ยครับ หมอสวนหลอดเลือดหัวใจคุณสมชายแล้ว พบว่าหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรงทั้ง 3 เส้น ไม่สามารถใช้บัลลูนขยายได้ครับ ต้องปรึกษาคุณหมอศัลยกรรมหัวใจผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดให้ครับ"*

คุณณี ถาม *"แล้วจะอันตรายมากมั้ยคะคุณหมอ"*

คุณหมอหัวใจ *"มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ขณะผ่าตัดน้อยมากครับ แต่ก็ไม่สามารถบอกว่าจะไม่เกิดเลยนะครับ ส่วนหลังการผ่าตัดถ้าผลการผ่าตัดดี ก็เป็นปัญหาน้อยมากเหมือนกัน"*

คุณณี ถาม *"แล้วเฮียรู้ผลสวนหัวใจแล้วยังคะ"*

คุณหมอหัวใจ *“คุณสมชายทราบทุกอย่างครับ และเซ็นอนุญาตให้รักษาด้วยการผ่าตัดได้เลยครับ.”*

คุณณี *“งั้นคุณหมอทำได้เลยค่ะ”* ในใจแอบรู้สึกเครียด กลัวว่าเถ้าแก่อ้วนจะไม่ดีขึ้น

การผ่าตัดเปลี่ยนหลอดเลือดหัวใจผ่านไปได้ด้วยดี เถ้าแก่ออกจากห้องผ่าตัดเข้าห้องซีซียู มาตื่นรู้สึกตัวหลังออกจากห้องผ่าตัดแล้ว 3 ชั่วโมง คำแรกที่เถ้าแก่เรียก *“ณีอยู่ไหน”*

คุณณีที่นั่งเฝ้าอยู่ตลอดรีบตอบเถ้าแก่ *“อยู่ข้างๆเฮียตลอดค่ะ ดีขึ้นแล้วนะ หมอบอกว่าผ่าตัดได้เรียบร้อยดี ไม่มีปัญหาขณะผ่าตัดเลย รอพักฟื้นให้แผลหายไม่กี่วันก็กลับบ้านได้แล้ว เฮียสู้ ๆ น้า”*

อาการของเถ้าแก่อ้วนดีขึ้นอย่างรวดเร็ว อยู่ในซีซียู เพียง 3 วันก็ย้ายออกมาห้องผู้ป่วยทั่วไปได้ ผ่านไป 1 สัปดาห์เถ้าแก่แข็งแรงพอ คุณหมอเริ่มให้ทำกายภาพบำบัด สอนการออกกำลังกายเบาๆ และโภชนากรมาแนะนำอาหารที่ควรรับประทาน เถ้าแก่สามารถกลับบ้านอีก 7 วันถัดมา รอบนี้เถ้าแก่ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด ตั้งใจว่าจะต้องลดน้ำหนักให้ได้ เถ้าแก่บอกคุณณี *“คอยดูนะเดี๋ยวเฮียอ้วน จะผอมให้ดู”*

หลังจากผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ เหมือนเป็นการเริ่มต้นชีวิตใหม่ของเถ้าแก่อ้วน เถ้าแก่จัดเวลาออกกำลังกายเป็นประจำ จากเดิมไม่เคยทำเลย เถ้าแก่จะปั่นจักรยาน และ sit up ครึ่งชั่วโมง สัปดาห์หนึ่งทำ 4-5 วัน อย่างสม่ำเสมอ การทานอาหารก็เลือกมากขึ้น งดของหวาน กะทิ ลดปริมาณข้าวจาก 3-4 ทัพพีเหลือ 2 ทัพพี ตั้งใจดื่มน้ำเปล่าให้ได้ 2 ลิตรทุกวัน

มีเพียงกาแฟที่ไม่เลิกดื่ม ยังดื่มกาแฟดำร้อน 1 แก้ว และขอดื่มแอลกอฮอล์ เวลาไปงานเลี้ยง 1-2 เดือนครั้ง

คุณณี และลูก ๆ รู้สึกดีใจมากที่เถ้าแก่ยอมหยุดสูบบุหรี่ เป็นห่วงสุขภาพเถ้าแก่มาก แต่ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมเถ้าแก่ได้ จนเกิดปัญหา

หลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรง ส่วนหนึ่งก็ทำใจแล้วว่าสุขภาพเถ้าแก่อ้วนอยู่ที่การใส่ใจของเถ้าแก่เอง ได้แต่คอยเตือนและเป็นกำลังใจให้ดีที่สุด

2 ปีหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจน้ำหนักเถ้าแก่อ้วนลดลงมา เกือบ 10 กิโลกรัม ที่คุณณีดีใจมากคือเสียงกรนเวลาหลับของเถ้าแก่อ้วนเบาลง แต่รู้สึกแปลกที่บางคืนที่คุณณีเข้านอนหลังเถ้าแก่หลับแล้ว เห็นเวลาเถ้าแก่อ้วนเสียงหายใจเบาลงจะมีอาการผวา และหายใจเฮือกใหญ่ตามมา ในใจคิดว่าไม่น่าเป็นอะไรมาก ไม่เคยบอกเถ้าแก่ เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับการนอนกรนแล้วหยุดหายใจว่ามีลักษณะอย่างไร แล้วจะมีผลอะไรตามมา และคิดว่าเถ้าแก่ก็คงไม่สนใจเรื่องนอนกรนของตนเอง

แล้ววันที่ชีวิตเถ้าแก่เปลี่ยนแปลงมากเกิดขึ้นอีกครั้ง เพราะ 2 ปีที่ผ่านมาเถ้าแก่เอาเงินเก็บมาเล่นหุ้น ซึ่งเป็นปีทองของหุ้นไทยที่มีมูลค่าเพิ่มขึ้นมาตลอด จึงติดใจลงทุนในหุ้นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนปลายปีที่ผ่านมาหุ้นเริ่มตก หุ้นที่เถ้าแก่ซื้อเก็งกำไรไว้หลายตัวเริ่มไม่ดี ปกติเถ้าแก่จะติดตามหุ้นผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์ที่บ้าน แวะเข้ากรุงเทพมาตลาดหุ้น 2-3 เดือนครั้ง เมื่อหุ้นลงเถ้าแก่ขาดทุนบ่อย เริ่มรู้สึกเครียดกลับมาสูบบุหรี่คลายเครียดอีก คุณณีขอร้องให้อย่าสูบ และอย่าเก็งกำไรหุ้น เถ้าแก่ก็ไม่เชื่อฟัง การดูแลตัวเองอย่างอื่นเริ่มไม่ค่อยดีด้วย ไม่ระวังอาหาร ออกกำลังกายทำไม่สม่ำเสมอ ตั้งแต่เริ่มกลับมาสูบบุหรี่ตั้งแต่ต้นปีน้ำหนักเพิ่มมา 2 กิโลกรัม

เช้านี้เป็นวันพิเศษของเถ้าแก่อ้วน เป็นวันครบรอบวันเกิดอายุ 60 ปี เถ้าแก่นัดกับคุณณี ลูกๆ และญาติว่า เย็นวันนี้จะจัดเลี้ยงวันเกิดที่ร้านอาหารเฮียเฮงเพื่อนสนิทที่อยู่ในเมือง แล้วเหตุการณ์ไม่คาดคิดก็เกิดขึ้น เถ้าแก่อ้วนเกิดอาการอัมพฤกษ์ แขนขาซีกซ้ายอ่อนแรงและเดินเซ ตอนเช้าขณะไปที่อพาร์ทเม้นท์ จนต้องรีบส่งเข้าโรงพยาบาลประจำจังหวัด แต่ที่โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสมอง จึงให้น้ำเกลือ แล้วรีบส่งตัวเถ้าแก่เข้าโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ที่เดียวกับที่เถ้าแก่ผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ ระหว่าง

ทางเถ้าแก่อาการทรงตัว คุณณี ลูก ๆ และพี่น้องเถ้าแก่รู้สึกเครียดมาก *"กลัวว่าเถ้าแก่อ้วนจะเป็นอัมพาตนอนติดเตียง เหมือนอาม่าก่อนที่ท่านจะเสียชีวิต"*

เมื่อมาถึงโรงพยาบาลเอกชนที่กรุงเทพฯ เจ้าหน้าที่พยาบาลรีบพาเถ้าแก่ไปตรวจเลือด, คลื่นหัวใจ ทำเอกซเรย์สมอง หลังเอกซเรย์เสร็จคุณหมอแจ้งเถ้าแก่ว่า *"โชคดีมากครับคุณสมชาย ตำแหน่งที่หลอดเลือดสมองตีบ เป็นบริเวณที่ไม่ใช่เนื้อสมองส่วนสำคัญ อาการอ่อนแรงน่าจะไม่รุนแรง ให้นอนดูอาการในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากมีหัวใจเต้นผิดจังหวะ หมอจะให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด แทนยาละลายลิ่มเลือด เพื่อรักษาอาการจะได้ดีเร็วขึ้น"*

เถ้าแก่ คุณณี ลูก ๆ และน้องสาวที่มาด้วยได้ยินที่คุณหมอแจ้งผลรู้สึกดีใจมาก และกล่าวขอบคุณคุณหมอพร้อมกัน และในครั้งนี้คุณหมอได้สอบถามปัญหานอนกรนเป็นครั้งแรก เมื่อเถ้าแก่และคุณณีเล่าอาการให้คุณหมอทราบ จึงได้รับคำแนะนำให้ตรวจให้ละเอียด เพราะคุณหมออธิบายให้ฟังว่า *"การนอนกรนเป็นสาเหตุหนึ่งที่แก้ไขได้ที่จะทำให้หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองดีขึ้น เมื่อได้แก้ไขไม่ให้กรนอีก"*

ทั้งเถ้าแก่และคุณณี ยินดีที่จะรับการตรวจ และทำตามคำแนะนำของคุณหมอทุกอย่าง

อาการป่วยครั้งนี้ทำให้เถ้าแก่อ้วนสัญญากับทุก ๆ คนว่าจะหยุดสูบบุหรี่โดยเด็ดขาด และจะใส่ใจดูแลตนเองให้ดีที่สุด จะได้ไม่เป็นภาระให้กับใคร ๆ อีก อย่างแน่นอน

อันตรายจากการนอนกรน

นพ. จักริน ลบล้ำเลิศ

ผมได้มีโอกาสได้เข้ามาร่วมดูแลผู้ป่วยชายไทย อายุ 62 ปี ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับการวินิจฉัย และรับการรักษาภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากภาวะดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสมองขาดเลือดของผู้ป่วย

วันแรกที่ผมพบผู้ป่วยรายนี้ ผมได้มีโอกาสซักประวัติจากผู้ป่วยเองและภรรยา ซึ่งได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่สำคัญเป็นอย่างมาก โดยแม้แต่ผู้ป่วยเองก็ยังไม่เคยทราบว่า มีอาการผิดปกตินี้ ถ้าไม่มีใครบอก

อาการของผู้ป่วยเป็นอาการที่พบได้บ่อยมากในผู้ชายทั่ว ๆ ไปที่เริ่มมีอายุมากขึ้น (โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุเกิน 50 ปีขึ้นไป) ซึ่งคืออาการนอนกรน ซึ่งหลาย ๆ ท่านยังมีความรู้สึกว่าเป็นภาวะปกติที่สามารถพบได้บ่อยในผู้ชายวัยกลางคนขึ้นไป ไม่มีอันตรายใด ๆ แต่หารู้ไม่ว่าอาการนอนกรนเป็นเหมือนอาการเตือนให้เราสามารถโยงใยไปถึงภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับ ซึ่งถือว่าเป็นภัยเงียบที่คุกคามคนไข้โดยไม่รู้ตัว ซึ่งถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รักษา มักส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาวได้ นั่นก็คือมีโอกาสเกิดปัญหาต่าง ๆ อย่างมากมาย อาทิเช่น โรคหลอดเลือดในสมองและหัวใจมีความผิดปกติ ความดันโลหิตสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุมไม่ได้ด้วยยาลดความดัน ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูงผิดปกติ ความจำลดลง

นอกจากนั้น ถ้าปล่อยภาวะหยุดหายใจในขณะหลับทิ้งไว้นาน โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้มีอาการผิดปกติในช่วงกลางวัน ได้แก่ อาการง่วงผิดปกติ จนมีผลรบกวนชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้ป่วยมีอาการง่วงในช่วง

กลางวันมากผิดปกติ ทั้ง ๆ ที่ตัวเองไม่ได้อดนอนในคืนก่อนหน้านั้น และไม่ได้ทานยาอะไรที่สามารถอธิบายอาการง่วงดังกล่าวได้

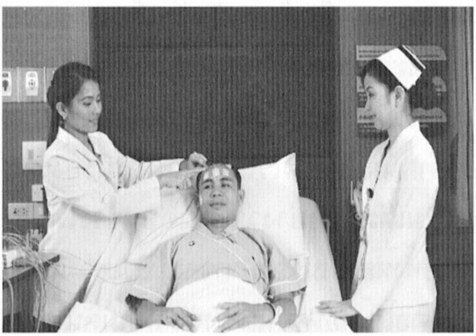
ถึงแม้อาการง่วงสามารถพบได้ในคนปกติทั่วไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเวลาบ่าย ๆ อาการง่วงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอาจพบในสถานการณ์ที่ไม่น่าจะมีอาการดังกล่าวเช่น ในขณะทานอาหาร กำลังพูดคุยกับคนอื่น ๆ ที่น่าสนใจพอ ๆ กันก็คือ ผมได้รับข้อมูลเพิ่มเติมมาจากคุณพยาบาลว่า ในขณะนอนรักษาตัวอยู่ใน ICU ของโรงพยาบาลกรุงเทพ บ่อยครั้งที่ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดของผู้ป่วยลดลงไปเหลือ 80% ในขณะกำลังนอนหลับจากระดับ 98-100% ในช่วงตื่น จากประวัติที่ผมซักได้ ผมเริ่มสงสัยว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับ

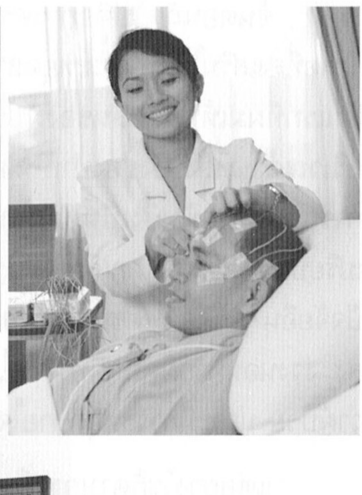
ขั้นตอนถัดไปคือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงทางกายวิภาคที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับ ผมขอให้ผู้ป่วยอ้าปาก สิ่งแรกที่ผมเห็นก็คือลิ้นของผู้ป่วยโตมาก จนผมไม่สามารถมองเข้าไปในบริเวณด้านหลังของช่องปาก นอกจากนั้นแล้วบริเวณขอบลิ้นยังมีร่องรอยการถูกกดจากฟันซึ่งเป็นหลักฐานเพิ่มเติมอีกอย่างว่า ลิ้นค่อนข้างโตเมื่อเปรียบเทียบกับช่องปาก สิ่งต่าง ๆ ที่พบทั้งหลายในช่องปากของผู้ป่วยรวมไปถึงปัจจัยอื่น ๆ ก็คือ เพศชาย อายุเยอะ คอโต นอนกรนเสียงดัง ความดันโลหิตสูง ง่วงนอนมากผิดปกติทั้ง ๆ ที่ไม่ได้อดนอน ทำให้ผมมีความมั่นใจมากขึ้นว่าผู้ป่วย น่าจะมีภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับอย่างแน่นอน

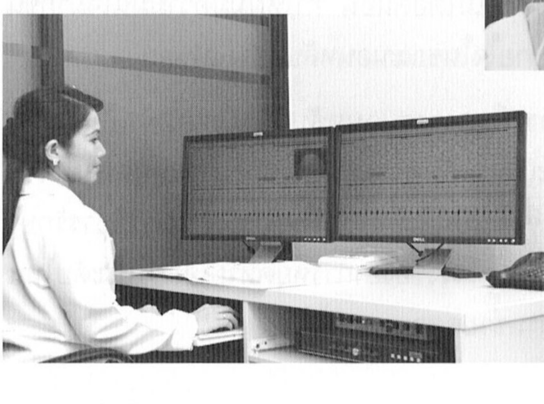
แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาการนอนหลับก็ยังมีความจำเป็นในการยืนยันการวินิจฉัยและประเมินระดับความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจในขณะหลับว่าอยู่ในขั้นไหน ซึ่งจะเป็นสิ่งที่จำเป็นในการพิจารณาวิธีการรักษา ยกตัวอย่างเช่นไม่ว่าจะมีระดับรุนแรงของอาการหยุดหายใจอยู่ในระดับไหนก็ตาม เครื่อง CPAP สามารถช่วยลดอาการลงได้

แต่ถ้าผลการศึกษาการนอนหลับพบว่าคนไข้หยุดหายใจขณะหลับในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง การจัดฟันสำหรับบรรเทาภาวะนอนกรนหยุดหายใจขณะหลับ (Oral Appliance) ร่วมกับการออกกำลังกาย ลดน้ำหนักตัวและหลีกเลี่ยงการนอนหงายก็อาจจะพอเพียงในการช่วยลดอาการหยุดหายใจขณะหลับได้ ในคนไข้ที่ไม่สามารถทนการใช้ CPAP หรือไม่ยอมใช้ CPAP ทั้ง ๆ ที่ผลตอบสนองต่อการใช้เครื่องค่อนข้างดี

ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการตรวจการนอนหลับ ดังภาพที่แสดงเป็นตัวอย่างของการศึกษาการนอนหลับ นำแสดงโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล



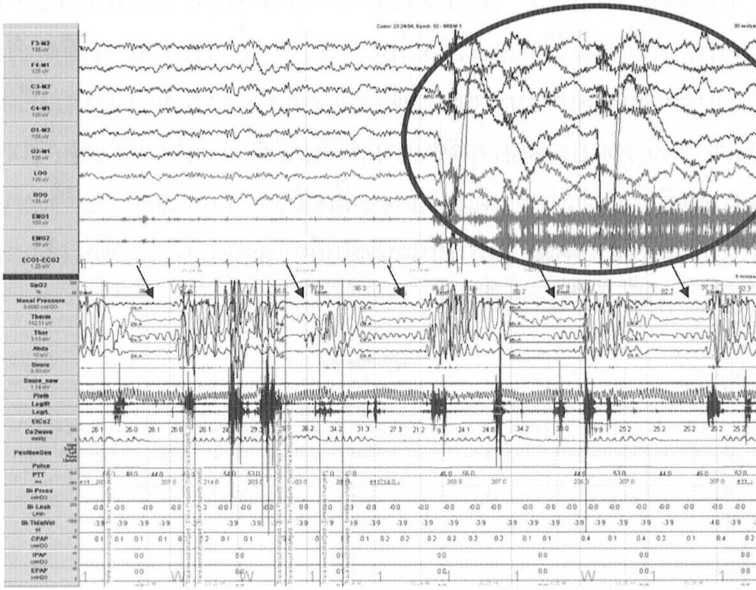




การตรวจการนอนหลับ

เจ้าหน้าที่เทคนิคการนอนและพยาบาลได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว รวมทั้งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในขณะผู้ป่วยได้รับการตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาล

ผลการศึกษาการนอนของผู้ป่วยเป็นที่น่าสนใจมาก เชื่อหรือไม่ว่าผู้ป่วยหยุดหายใจมากถึงเกือบ 60 ครั้งต่อชั่วโมง พูดง่าย ๆ หยุดหายใจนาทีละครั้งในขณะหลับดังภาพที่แสดง

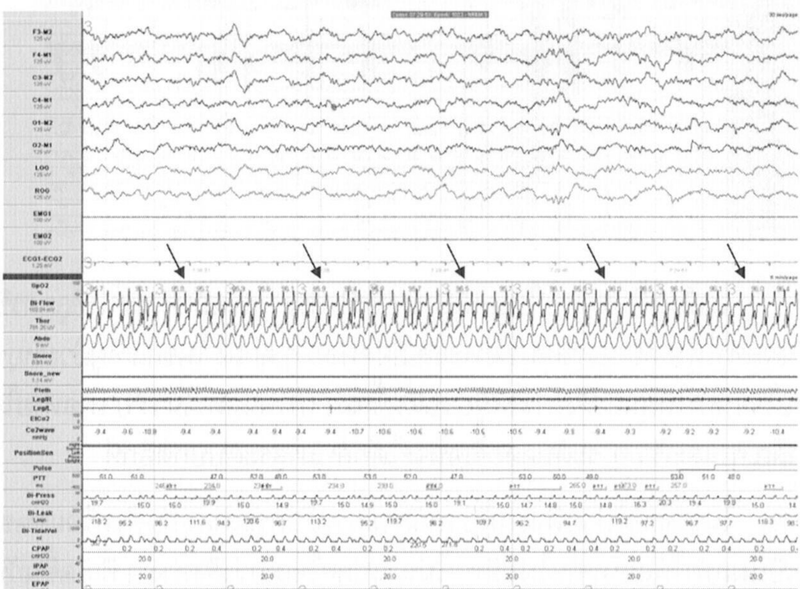


จะเห็นได้ว่าลมหายใจของผู้ป่วยหายเป็นช่วง ๆ (ตรงกับตำแหน่งที่ลูกศรชี้) เป็นผลทำให้ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดค่อย ๆ ตกลง ในขณะที่ผู้ป่วยหยุดหายใจจนทำให้สมองสั่งการให้ผู้ป่วยตื่นขึ้นมา (ภาพแสดงในวงรี) เพื่อหายใจเข้าลึก ๆ และเร็ว ๆ ระดับออกซิเจนจะได้กลับมาสู่ระดับปกติอีกที

ในขณะที่ผู้ป่วยตื่นมาผู้ป่วยมักจะกระสับกระส่ายขยับตัวหรือแขนขา ซึ่งเป็นผลทำให้นอนหลับไม่สนิท ไม่น่าแปลกใจเลยว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยสามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยตื่นนอนตอนเช้าแล้วไม่ค่อยสดชื่น รู้สึกอ่อนเพลียและง่วงนอนช่วงกลางวัน ทั้งๆที่ใช้เวลากับการนอนถึง 7-8 ชั่วโมงต่อคืนและไม่ได้ทานยาอะไรที่มีผลต่อการนอนมากถึงขนาดนี้

เนื่องจากว่าผู้ป่วยหยุดหายใจขั้นรุนแรงทางแพทย์และเจ้าหน้าที่การศึกษาการนอนจึงตัดสินใจปลุกผู้ป่วยให้ตื่นขึ้นมาหลังนอนไปได้ประมาณ 2 ชั่วโมง เพื่อใช้เครื่องเป่าลม (CPAP) ช่วยเปิดทางเดินหายใจ ซึ่งจะช่วยบรรเทาภาวะหยุดหายใจในขณะหลับได้ โดยทางเจ้าหน้าที่การศึกษาการนอนได้อธิบายขั้นตอนและได้ให้คนไข้ได้ลองใช้เครื่อง CPAP ตั้งแต่ก่อนคนไข้จะเริ่มการศึกษาการนอน ผลปรากฏว่าขณะที่ค่อย ๆ เพิ่มความดันของลมจากเครื่อง CPAP อาการหยุดหายใจค่อย ๆ ดีขึ้นตามลำดับ เป็นผลทำให้ระดับออกซิเจนกลับขึ้นมาจนเกือบปกติเท่าตอนตื่น นอกจากนั้นแล้วการนอนของผู้ป่วยดีขึ้นมากโดยตื่นในขณะที่หลับลดลง จึงทำให้นอนหลับลึกและต่อเนื่องมากขึ้น (สังเกตตำแหน่งที่ลูกศรชี้) ดังในภาพที่แสดง



จะเห็นได้ว่าการหายใจของผู้ป่วยไม่ลดลงหรือหายไปเหมือนที่แสดงในภาพแรกอีกต่อไป เป็นผลทำให้ผู้ป่วยตื่นตอนเช้าหลังใช้เครื่อง CPAP แล้วรู้สึกสดชื่นกว่าที่เคย

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบ่นให้ผมฟังเล็กน้อยว่ารู้สึกแปลก ๆ ไม่ค่อยคุ้นเคยในขณะใช้เครื่อง เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการใช้หน้ากากซึ่งบางครั้งมีลมรั่วออกมาเล็กน้อยช่วงที่นอนตะแคง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้พบได้บ้างในผู้ป่วยที่ใช้ CPAP ในคืนแรก ๆ โดยมักจะสามารถปรับตัวได้เมื่อใช้ไปได้ในระยะหนึ่ง

ขั้นตอนถัดไปก็คืออธิบายทางเลือกของการรักษาภาวะหยุดหายใจในขณะหลับด้วยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งการผ่าตัด ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ยังไม่ขอรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดลดอาการนอนกรนและหยุดหายใจในขณะหลับเนื่องจากผู้ป่วยกังวลและกลัวความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ส่วนวิธีจัดฟันลดอาการนอนกรนหยุดหายใจขณะหลับก็อาจจะไม่เพียงพอในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากผู้ป่วยหยุดหายใจขณะหลับขั้นรุนแรง

สุดท้ายผู้ป่วยจึงขอรับการรักษาด้วยวิธีใช้ CPAP โดยผู้ป่วยได้ลองใช้เครื่อง CPAP หลายยี่ห้อโดยใช้ความดันที่เหมาะสม (ซึ่งใช้ค่าจากผลของการ



(แสดงภาพประกอบโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล)

ศึกษาการนอนหลับ) แล้วให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจว่าเครื่อง CPAP เครื่องใดเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยหลักๆคำนึงจากประสิทธิภาพการทำงาน ความเงียบของเครื่องขณะทำงาน และอื่น ๆ

นอกจากนั้นที่สำคัญไม่แพ้กันก็คือ ทางเราได้ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยพยายามลดน้ำหนักตัว ด้วยวิธีควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากคนที่มีน้ำหนักตัวเยอะส่วนใหญ่มักจะมีลิ้นโต และช่องปากรวมถึงทางเดินหายใจมักจะแคบ จนมีโอกาสทำให้ทางเดินหายใจอุดกั้นเป็นช่วง ๆ ขณะนอนหลับ

นอกจากนั้นแล้วทางเราได้แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการนอนหงาย ซึ่งเป็นท่านอนที่ทำให้ลิ้นมีโอกาสตกไปปิดทางเดินหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะนอนหลับช่วงฝัน ซึ่งเป็นช่วงที่ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงต่ำสุด เมื่อเทียบกับช่วงตื่นหรือขณะนอนหลับช่วงอื่น

ส่วนตัวแล้วผมมีความประทับใจผู้ป่วยเป็นอย่างมากเพราะเป็นผู้ป่วยที่ดี ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอมาโดยตลอด เป็นผลทำให้มีการฟื้นตัวจากอาการอ่อนแรงแขนขาค่อนข้างเร็ว ภาวะผิดปกติอื่นๆ สามารถได้รับการควบคุมเป็นอย่างดี ขณะนี้ผู้ป่วยรอตัดสินใจเรื่องการใช้เครื่อง CPAP ซึ่งผมมั่นใจว่าไม่น่ามีปัญหาอะไร

เมื่อพิจารณาจากประวัติความร่วมมือการรับการรักษาตัวอย่างของผู้ป่วยท่านนี้ น่าจะเป็นแรงบันดาลใจ ให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจในขณะนอนหลับคนอื่น ๆ ในการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาภาวะหยุดหายใจในขณะหลับอย่างถูกต้อง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต

ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

ภก. จักรพันธุ์ ชมสวน

นอกเหนือจากการมีภาวะหลอดเลือดตีบอันเกิดจากการสะสมของไขมันหรือหินปูนภายในหลอดเลือดสมองที่พบได้บ่อยแล้ว ข้อมูลทางการแพทย์ชี้ว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation หรือเอเอฟ (AF) นั้นมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะนี้ และความเสี่ยงยิ่งมากขึ้นหากมีภาวะอื่น ๆ ร่วมด้วยอันได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะความดันในเลือดสูงอายุที่มากขึ้น ภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โรคหลอดเลือดอุดตัน เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน และผู้หญิงที่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเอฟมีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ชาย

ทำไมถึงเป็นเช่นนั้น?

ในภาวะปกติที่หัวใจเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอเลือดจะถูกสูบฉีดออกจากหัวใจไปยังอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้ดี แต่สำหรับผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเอฟ จะมีสัญญาณไฟฟ้าที่ผิดปกติมารบกวนการเต้นของหัวใจ หัวใจอาจเต้นเร็วหรือช้าทำให้หัวใจไม่สามารถบีบตัวได้เลือดที่อยู่ในห้องหัวใจก็จะไหลวนค้างอยู่และเกิดเป็นก้อนเลือดขึ้นในห้องหัวใจ ก้อนเลือดนี้มีโอกาสที่จะหลุดลอยออกไปจากห้องหัวใจ หากโชคดีก้อนเลือดมีขนาดเล็ก ร่างกายสามารถสลายได้ทัน ก็อาจไม่เกิดอะไรขึ้น แต่ถ้าหากก้อนเลือดนั้นมีขนาดใหญ่เกินกว่าที่ร่างกายจะสลายได้ก่อนถึงปลายทาง ก้อนเลือดนี้ก็อาจไปอุดตันตามหลอดเลือดต่าง ๆ ซึ่งถ้าลอยไปอุดตันในหลอดเลือดสมอง ก็จะทำให้สมองขาดเลือดกลายเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้ในที่สุด

ไม่มีใครสามารถคาดเดาได้ว่าเหตุการณ์นี้จะเกิดขึ้นเมื่อไรการป้องกันจึงเป็นหนทางที่ดีที่สุดเพื่อไม่ให้ผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเอฟต้องเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองรวมกับมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเอฟต้องกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีก ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงในการพิการหรือเสียชีวิตได้

การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอุดตันจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเอฟมีหลักการสองข้อใหญ่ ๆ

หนึ่ง คือทำให้หัวใจเต้นเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ลดโอกาสเกิดก้อนเลือดจากการที่เลือดไหลวนในห้องหัวใจ ซึ่งคุณหมอจะพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย อาจใช้วิธีการจี้จุดกำเนิดสัญญาณไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติด้วยคลื่นวิทยุ หรืออาจควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจด้วยการให้รับประทานยาซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ห้ามหยุดยาเองถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการใจสั่นแล้วก็ตาม เนื่องจากการหยุดยาควบคุมการเต้นของหัวใจโดยพลการ อาจทำให้หมดฤทธิ์ยา เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะกลับเป็นซ้ำได้

สอง คือทำให้เลือดแข็งตัวได้ยากขึ้น โอกาสเกิดก้อนเลือดในห้องหัวใจก็จะน้อยลง

ก่อนจะทราบว่าทำอย่างไรเลือดถึงจะแข็งตัวช้าลงอาจต้องย้อนทำความเข้าใจกลไกการแข็งตัวของเลือดคร่าว ๆ กันเสียก่อนก้อนเลือดนั้นประกอบไปด้วยเกล็ดเลือด เม็ดเลือดแดงและไฟบริน (Fibrin) โดยไฟบรินนั้นมีลักษณะคล้ายตาข่ายสานที่มีตาถี่ ๆ คลุมเกล็ดเลือดและเม็ดเลือดแดงเอาไว้ทำให้เกิดเป็นก้อนคงรูปอยู่ได้ตาข่ายไฟบรินนี้สร้างด้วยโปรตีนหลายชนิดที่เราเรียกว่า Coagulation Factor ซึ่งสร้างมาจากตับ โปรตีนเหล่านี้ส่วนหนึ่งต้องอาศัยวิตามินเคช่วยในการสร้าง เหมือนที่เคยเรียนในสมัยประถมศึกษา

ว่าวิตามินเคช่วยให้เลือดแข็งตัว ดังนั้นหากทำให้วิตามินเคออกฤทธิ์ได้น้อยลง เลือดก็จะแข็งตัวได้ยากขึ้น ยารับประทานที่นำมาใช้ยับยั้งการแข็งตัวของเลือดตัวแรกที่จะกล่าวถึงจึงเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้านฤทธิ์ของวิตามินเค ยานั้นชื่อ วาร์ฟาริน (Warfarin)



วาร์ฟาริน เป็นยาเม็ดกลม ๆ ที่ในประเทศไทยมีอยู่ 3 ชื่อการค้า (หรือเรียกง่าย ๆ ว่ามี 3 ยี่ห้อ) มีขนาดยา (Strength) ตั้งแต่ 1 ถึง 5 มิลลิกรัม ใช้เป็นมาตรฐานการรักษาในผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเอฟมายาวนานหลายปี ซึ่งมีข้อมูลหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันชัดเจนว่าสามารถการป้องกันโรคสมองขาดเลือดได้ดีกว่าผู้ที่ได้รับยาหลอกหรือยาป้องกันการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด แต่ดังคำโบราณที่ว่าดาบสองคมยาวาร์ฟาริน แม้จะมีข้อดีมากแต่ก็มีข้อจำกัดในการใช้หลายประการ

อย่างแรกคือการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน แม้จะได้ยาในขนาดเดียวกัน โดยที่ไม่มีปัจจัยรบกวนอื่น ๆ เลยก็ตาม เนื่องจากร่างกายของเรานั้นมีความแตกต่างเรื่องความสามารถในการกำจัดยาออกจากร่างกายและลักษณะของโปรตีนที่จับกับยาวาร์ฟาริน คุณหมอจึงต้องนัดผู้ป่วย

ที่รับประทานยาวาร์ฟารินมาเจาะเลือดเพื่อดูว่ายาออกฤทธิ์ได้มากหรือน้อยไปหรือไม่ โดยค่าที่แสดงการแข็งตัวของเลือดสำหรับผู้ที่รับประทานยาวาร์ฟารินนั้นมีชื่อว่าไอเอ็นอาร์ (INR) หากผู้ป่วยรับประทานวาร์ฟารินในขนาดที่เหมาะสมกับตัวเองแล้ว ค่าไอเอ็นอาร์ที่เจาะได้ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 2.0-3.0 (มักจะได้เป็นค่าทศนิยม 1 ตำแหน่ง และช่วงของค่า INR สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพิเศษบางท่านอาจแตกต่างไป เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนหัวใจไมตรัลโดยใช้ลิ้นหัวใจเทียมชนิดโลหะควรมีค่า INR 2.5-3.5)

แต่ถ้าหากได้ค่าที่น้อยกว่า 2.0 หมายความว่ายังมีโอกาสที่จะเกิดก้อนเลือดในหัวใจที่เต้นผิดจังหวะอยู่ (ยิ่งค่าใกล้เลข 2 ความเสี่ยงที่จะเกิดก้อนเลือดก็จะยิ่งน้อยลง) ขนาดยาวาร์ฟารินที่รับประทานอยู่อาจไม่เพียงพอ คุณหมอก็จะเพิ่มขนาดยาวาร์ฟารินขึ้นอีก

แต่ถ้าหากได้ค่าที่มากกว่า 3.0 หมายความว่ามีโอกาสที่จะเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้ (ยิ่งค่าใกล้เลข 3 ความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกปกติยิ่งน้อยลง) คุณหมอก็จะลดขนาดยาวาร์ฟารินลง ถ้าค่าที่เจาะวัดได้มีค่าสูงมากคุณหมอมักจะให้ผู้ป่วยนอนติดตามอาการที่โรงพยาบาล เพื่อสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติอย่างใกล้ชิดร่วมกับอาจพิจารณาให้การรักษาอื่น ๆ เพิ่มเติม ดังนั้นผู้ป่วยที่รับประทานยาวาร์ฟารินต้องมาเจาะเลือดตามที่คุณหมอนัดทุกครั้งหรือหากมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถมาได้ ให้โทรศัพท์ขอแจ้งเลื่อนนัดไปยังวันใกล้เคียง

ข้อจำกัดประการต่อมาคือเรื่องของยาตีกัน (Drug interaction) คือการที่ยาที่ได้รับเข้าไปในร่างกายเกิดการเสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์กันทำให้ไม่ได้ผลการรักษาตามที่ต้องการหรืออาจเกิดอาการบางอย่างที่ไม่ต้องการให้เกิด ซึ่งยาวาร์ฟารินนั้นตีกับยาอื่น ๆ ได้หลายชนิดดังตัวอย่างเหตุการณ์เหล่านี้

- ผู้ป่วยที่รับประทานยาวาร์ฟารินมีอาการปวดกล้ามเนื้อได้รับยาในแก้ปวดในกลุ่มลดการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ซึ่งยากลุ่มนี้

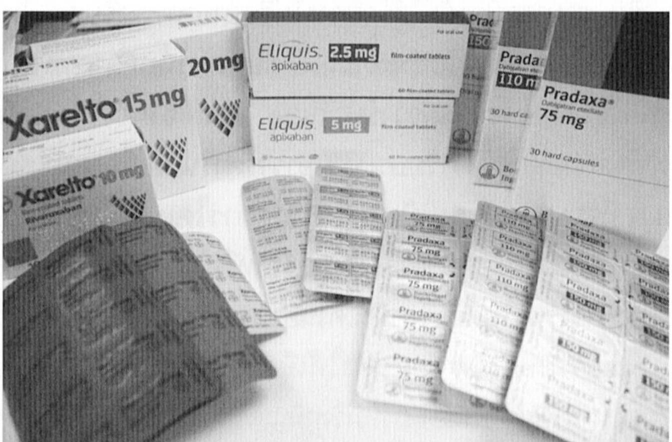
มีฤทธิ์ทำให้เลือดแข็งตัวยากขึ้น เนื่องจากยับยั้งการทำงานของเกล็ดเลือด เมื่อรับประทานคู่กันไปสักพักเริ่มสังเกตเห็นมีจ้ำเลือดผิดปกติตามร่างกาย

- ผู้ป่วยที่รับประทานยาวาร์ฟารินได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อแบคทีเรียได้รับยาปฏิชีวนะบางกลุ่มที่มีฤทธิ์ในการลดการกำจัดยาวาร์ฟารินออกจากร่างกาย ทำให้ช่วงที่รับประทานยาปฏิชีวนะนั้นค่าไอเอ็นอาร์เพิ่มสูงขึ้น

- ผู้ป่วยที่รับประทานยาวาร์ฟารินเพิ่งออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากค่าไอเอ็นอาร์อยู่ในช่วงที่ต้องการแล้วมีเพื่อนหวังดีเห็นว่าเจ็บป่วยหนักจึงซื้อยาลูกกลอนที่ผู้ขายบอกว่าช่วยบำรุงร่างกายช่วยฟื้นตัวหลังเจ็บป่วยได้ดีมาก แต่ยาลูกกลอนนั้นผู้ผลิตแอบผสมยาสเตียรอยด์เข้าไปด้วยหลังจากรับประทานไปผู้ป่วยพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นจริง (ที่จริงคือภาวะบวมน้ำที่เป็นอาการข้างเคียงจากยาสเตียรอยด์) เห็นว่าดีจึงรับประทานต่อเนื่องจนต้องกลับมานอนโรงพยาบาลอีกครั้ง ด้วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร (เนื่องจากยาสเตียรอยด์เพิ่มการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟารินและลดการสร้างเมือกที่คอยป้องกันกรดในกระเพาะอาหาร)

เหตุการณ์ที่ยกมาข้างต้นนี้เคยเกิดขึ้นแล้วจริง ๆ ซึ่งผู้ที่รับประทานยาวาร์ฟาริน สามารถป้องกันได้โดยการไม่ซื้อยาอาหารเสริมสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ หรือยาลูกกลอนรับประทานเอง ต้องแจ้งให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบทุกครั้งว่ารับประทานยาวาร์ฟารินอยู่ และต้องแจ้งให้คุณหมอผู้จ่ายยาวาร์ฟารินทราบทุกครั้งว่ารับประทานยาวาร์ฟารินต่อเนื่องสม่ำเสมอหรือไม่ มียาอื่น ๆ ที่รับประทานอยู่เป็นประจำรายการใดเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ รวมถึงการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ เนื่องจากข้อจำกัดอย่างสุดท้ายของยาวาร์ฟารินคือ วิตามินเคในอาหาร ดังที่กล่าวไว้ว่า ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์ในการยับยั้งวิตามินเคทำให้เลือดแข็งตัวได้ยากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้าม หากรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคในปริมาณที่มากขึ้น ยาวาร์ฟารินก็จะออกฤทธิ์ได้ลดลง หรือหากรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคในปริมาณ

ที่น้อยลง ยาวาร์ฟารินก็จะออกฤทธิ์ได้มากขึ้น อาหารวิตามินเคสูง เช่น ผักใบเขียวต่าง ๆ ในแต่ละวัน ผู้ป่วยที่รับประทานยาวาร์ฟารินจึงควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินเคสูงในปริมาณที่คงที่หรือแตกต่างกันไม่มากเพื่อให้ยาวาร์ฟารินออกฤทธิ์ได้สม่ำเสมอ หรือหากต้องการเปลี่ยนแปลงปริมาณอาหารที่มีวิตามินเค เช่น ต้องการร่วมเทศกาลกินเจ หรือบางท่านต้องการรับประทานมังสวิรัติในวันพระ ต้องปรึกษาคุณหมอผู้จ่ายยาวาร์ฟารินก่อนเสมอ แม้วาร์ฟารินจะเป็นยาที่ออกฤทธิ์ในการป้องกันการเกิดก้อนเลือดในภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ดี แต่มีข้อจำกัดอยู่มาก จึงมีการพัฒนายารับประทานที่สามารถลดข้อจำกัดดังกล่าวได้สำเร็จ ซึ่งก็คือยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ไม่ได้ยับยั้งวิตามินเค (Non-vitamin K antagonist oral anticoagulant) หรือโนแอก (NOAC) โดยในประเทศไทยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอนุญาตให้ใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในผู้ที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิดเอเอฟอยู่ 3 ตัว คือ ดาบิกาทราน (Dabigatran) ไรวาร็อกซาแบน (Rivaroxaban) และอะพิซาแบน (Apixaban)



ดาบิกาทรานเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดรับประทานที่ไม่ได้ยับยั้งวิตามินเคตัวแรกที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ในประเทศไทยมี 3 ขนาดคือ 75 มิลลิกรัม 110 มิลลิกรัม และ 150 มิลลิกรัมเมื่อแกะแผงยาดาบิกาทรานออกมาจะพบกับยาเม็ดแคปซูลสีฟ้าขาวคุณหมอจะบอกให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง แต่ต้องระวังว่าห้ามแกะบดหรือแบ่งผงยาออกจากแคปซูลแล้วนำมารับประทานเด็ดขาดเนื่องจากยาจะมีการเปลี่ยนแปลงการดูดซึมทำให้ระดับยาดาบิกาทรานในเลือดเพิ่มสูงขึ้นมากและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติได้



ไรวาร็อกซาแบนเป็นยาเม็ดกลมมีสีชมพูขนาด 10 มิลลิกรัมสีน้ำตาลขนาด 15 มิลลิกรัมและสีน้ำตาลเข้มขนาด 20 มิลลิกรัม เนื่องจากอาหารช่วยเพิ่มการดูดซึมยาไรวาร็อกซาแบนได้ คุณหมอจึงมักแนะนำให้รับประทานยานี้พร้อมอาหาร



อะพิซาแบนเป็นยาเม็ดรับประทานวันละสองครั้งเช่นเดียวกับดาบิกาทรานหากเป็นเม็ดกลมสีเหลืองจะเป็นขนาด 2.5 มิลลิกรัมแต่ถ้าเป็นเม็ดรีสีชมพูจะเป็นขนาด 5 มิลลิกรัม



จะเห็นได้ว่ายาโนแอกนั้นมีรูปแบบความแรงของยาหลายขนาด ซึ่งยาแต่ละตัวนั้นถูกกำจัดออกจากร่างกายผู้ป่วยแต่ละท่านได้ต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะการทำงานของไต การทำงานของตับ อายุและน้ำหนักตัวของผู้ป่วย รวมถึงยาอื่น ๆ ที่รับประทานร่วมด้วยดังนั้น

- ห้ามเปลี่ยนตัวยาหรือขนาดยาที่รับประทานเองโดยที่คุณหมอไม่ได้สั่ง

- ห้ามนำยาที่ตัวเองรับประทานไปให้ผู้อื่นรับประทานแม้ว่าจะเป็นโรคเดียวกันก็ตาม

- หากตรวจพบโรคอื่นๆระหว่างที่รับประทานยากลุ่มโนแอกอยู่ (โดยเฉพาะโรคตับหรือโรคไต) น้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลงมียาอื่นๆที่ได้รับมาหรือใช้เพื่อรักษาโรคอื่นๆเพิ่มเติมให้แจ้งข้อมูลกับคุณหมอผู้ที่จ่ายยาโนแอกให้ทุกครั้ง

- หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเสริมสมุนไพรยาต้มยาหม้อยาลูกกลอนเช่นเดียวกับยาวาร์ฟารินเนื่องจากอาจมีผลกับการออกฤทธิ์ของยาโนแอกโดยอาจไม่ได้ผลในการป้องกันการเกิดก้อนเลือดตามที่ควรจะเป็นหรืออาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกผิดปกติได้

- ไม่ควรนำยาออกจากแผงหากยังไม่ได้รับประทานเนื่องจากยาอาจถูกแสงและความชื้นจนปริมาณสารสำคัญที่ออกฤทธิ์ลดลงหากมีความจำเป็นต้องแบ่งยา ให้ตัดแผงยาไว้และแกะเม็ดยาออกเมื่อถึงเวลารับประทาน

อีกทั้งยากลุ่มโนแอกนั้นหมดฤทธิ์เร็วหากไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่องดังนั้นต้องรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและควรวางแผนไปพบคุณหมอให้ตรงตามนัดทุกครั้งเพื่อไม่ให้ขาดยา หากมีความจำเป็นที่ทราบล่วงหน้าว่าไม่สามารถไปตามนัดได้ให้ติดต่อทางโรงพยาบาลเพื่อขอเลื่อนนัดให้ใกล้เข้ามา

ยาต้านการแข็งตัวของเลือดนั้นมักต้องรับประทานต่อเนื่องไปตลอดหากไม่สามารถแก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ฟังดูเหมือนเป็นสิ่งที่ยากลำบาก แต่ถ้าหากรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นความเคยชินก็จะสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติ แต่ในทางกลับกันหากไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เมื่อเจ็บป่วยอาจทำให้เสียเวลาเสียเงินหรืออาจถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้



คืนแรม สีน้ำ ฝีมือจักรพันธุ์ โปษยกฤต

เลื่อนเคียวเกี่ยวทุ่งฟ้า พรสวรรค์
แสนโกฏิจักรวาฬอัน อ้างว้าง
ดาราล้อมแรมจันทร์ ยามค่ำ งามชม
เสียงระยิบลิบกว้าง พร่างค้างคืนแรม

อัลลิสศรี สดประเสริฐ
๑๑ มีนาคม ๒๕๕๓
รพ. กรุงเทพ

เรื่องของคุณหมอ

คุณชญาดา กลิ่นพงษา

ทุกชีวิตมีเรื่องราวให้ได้เล่าได้ศึกษาในหลายแง่หลายมุม ในบางมุมแม้จะเป็นผู้เชี่ยวชาญก็ไม่อาจก้าวข้ามสิ่งที่รู้แต่ก็ไม่สามารถเอาชนะมันได้ นั่นคือเรื่องจริง เรื่องราวต่อไปนี้เป็นเรื่องของแพทย์ผู้มีชีวิตที่ผาสุก แต่แล้วในวันหนึ่งทุกอย่างได้เปลี่ยนไป

ทั้งสองเป็นสามีภรรยาที่เป็นคุณหมอด้วยกันทั้งคู่ ขอเริ่มด้วยสรรพนามแทนท่านว่าพี่หมอชายและพี่หมอหญิง สมัยที่เป็นนิสิตแพทย์ทั้งสองช่วยกันติว ช่วยกันเรียนหนังสือ ต่างมอบความรักและห่วงใยให้แก่กันจนเพื่อน ๆ อิจฉา พี่หมอชายรักและทะนุถนอมพี่หมอหญิงมาก เพราะทั้งสวยฉลาดและเก่ง และในรุ่นมีคนที่สวยที่สุดก็พี่หมอหญิงนั่นแหละ พี่หมอชายจึงหวงพี่หมอหญิงมาก

เมื่อแต่งงานกันไม่ว่าภรรยาต้องการอะไร คุณสามีจะสรรหามาให้ อาหารอร่อยๆก็ทำให้ทาน ชงกาแฟให้ดื่มทุกเช้า อยากเดินทางท่องเที่ยวกับครอบครัวลูกชายลูกสาวหรือจะไปสองคนตายายก็ได้หมด พี่หมอชายชอบไปออกกำลังด้วยการตีกอล์ฟ ทั้งสองชอบฟังเพลงเอลวิสด้วยกันอย่างสนุกสนาน แน่ะ! รู้เลยว่าอายุเท่าไหร่กัน แน่นอน 70 กว่ากันแล้วเป็นครอบครัวบันเทิงมาก

ตลอดชีวิตสมรสพี่หมอหญิงแทบไม่ต้องหยิบจับอะไรเลย จนเพื่อนกระเซ้าว่า *"ทำอะไรเป็นบ้าง อีกอักก็พี่หมอ รู้หรือเปล่าว่ากุญแจบ้านเก็บตรงไหน"*

และแล้ววันที่ยากจะทำใจยอมรับก็มาถึง วันที่พี่หมอชายไม่พูด แขนขาขวาไม่มีแรง พี่หมอหญิงเห็นความผิดปกติวัดความดันและตรวจคร่าวๆ

รีบเรียกรถพยาบาลมารับ พี่หมอชายต้องเข้าไปนอนที่ห้องไอซียู ด้วยอาการหลอดเลือดสมองอุดตัน และ อาการโคม่า

เนื่องจากพี่หมอหญิงเป็นนักเล่าตัวยงแทรกด้วยอารมณ์ขัน บางครั้งพูดไปก็ทำให้เราหัวเราะไป ไม่ทำให้เรารู้สึกว่าช่วงชีวิตที่ผ่านมาหนักหนาสาหัสแต่อย่างใด จึงขอเรียบเรียงในรูปแบบคล้ายที่เธอเล่า

ประวัติพี่หมอชายปกติเป็นคนที่แข็งแรงมาตลอดนะ ชอบไปตีกอล์ฟกีฬาโปรดสม่ำเสมอ เพราะช่วยผ่อนความเครียดล้าจากการต้องส่องกล้องจุลทรรศน์ ทำรายงานผลการตรวจทั้งวัน การทำงานต้องอยู่ในท่าเดิมเกือบตลอดวัน จำเป็นต้องหากีฬาที่คลายเครียด พอเธออายุมากขึ้นโรคก็ตามมาคือความดันโลหิตสูง เริ่มเป็นตอนเกษียณอายุราชการ ทานยาควบคุมความดันวันละสองเม็ดและควบคุมความดันได้ดี ไขมันในเลือดดี (ไขมันดี) HDL=70 ไม่มีเบาหวาน ไม่มีข้อบ่งชี้ในการทานยาละลายลิ่มเลือด จึงไม่เคยใช้ยาประเภทนี้ เพราะเป็นยาที่ป้องกันเส้นเลือดหัวใจอุดตันที่ไม่เกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง

เมื่อปี 2557 พี่หมอชายเริ่มมีการซึม ไม่พูดและแขนขาขวาอ่อนแรง ทำให้ต้องถูกนำส่งโรงพยาบาลด่วน หลังตรวจสมองด้วยเครื่องเอ็มอาร์ไอ พบว่ามีการอุดตันของเส้นเลือดสมอง เรียกว่า สมองขาดเลือดมาเลี้ยง ภายหลังมีการซึมของเลือดออกมา และสมองบวมมากต้องทำการผ่าตัดเปิดกระโหลกเอาเนื้อสมองออกบางส่วน หลายคนสงสัยว่าแล้วจะปลอดภัยหรือ ความจริงคือปกติมีเยื่อหุ้มสมองที่เหนียวหุ้มอยู่ ไม่อันตราย ดูเผิน ๆ จะไม่เห็นว่ากะโหลกยุบลง เมื่อผมขึ้นเต็ม และใส่หมวก ก็จะดูเหมือนคนธรรมดาทั่ว ๆ ไป แพทย์จะไม่นำกะโหลกส่วนนี้ปิดกลับไป แต่พี่ก็บอกว่าเธอยังหล่ออยู่

พี่หมอชายต้องนอนห้องไอซียูสองเดือน ใส่ท่อหายใจทางปากหนึ่งเดือน ทางการแพทย์ว่านานเกินไป พี่เองแหละขอร้องหมอไว้ ที่สุด แพทย์

ขอเจาะคอใส่ท่อหายใจให้ออกซิเจนแทน หลังจากนั้นก็ย้ายไปอยู่ห้องพักผู้ป่วยแบบห้องเดี่ยว มีคนคอยเฝ้า 24 ชั่วโมง ทำกายภาพบำบัดทุกวันจนเริ่มเดินได้ด้วยคนพยุงเพียงหนึ่งคน ปัญหาคืออยู่โรงพยาบาลมาเก้าเดือนแล้วยังพูดไม่ได้

พี่หมอหญิงกล่าวว่า สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันที่เป็นคนในครอบครัวของเราเอง จำเป็นต้องเอาใจใส่ในรายละเอียดมาก เริ่มตั้งแต่วันแรกในไอซียู จนกระทั่งอาการคงที่และย้ายไปอยู่ห้องพักผู้ป่วยปกติ

วันแรกที่อยู่โรงพยาบาล พี่หมอหญิงจะเฝ้าไม่คลาดสายตา การดูแลคนที่เรารักเป็นสิ่งสำคัญมาก ทีมแพทย์ประกอบด้วยอายุรแพทย์ระบบประสาทและสมอง อายุรแพทย์ระบบทางเดินหายใจเพราะต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ทางกายภาพบำบัด ทีมพยาบาลไอซียู พี่หมอหญิงขออนุญาตนั่งเฝ้าลุ้นอาการของสามีในห้องพักญาติที่โรงพยาบาลจัดไว้ เรียกว่าไม่ได้นอนกันเลยทั้งคืน

อย่างที่บอก หลังอาการสโตร้คสองเดือน เริ่มทานอาหารทางปากได้ คนไข้สนุกสนานกับการลิ้มรสด้วยตนเองอย่างมาก ตาเป็นประกายเหมือนเด็กได้ของเล่น คงจะรู้สึกปลดปล่อยหลังหมดอิสรภาพทางการรับประทานด้วยตัวเองมาสองเดือนกว่า เมื่อเริ่มป้อนอาหารครั้งแรก พี่จะขอเน้นเลยว่าอย่าไว้ใจคนดูแลเด็ดขาด เราต้องป้อนเอง เพราะเราไม่รีบและรู้จังหวะการป้อน และป้อนข้าวพี่หมอชายนานสองเดือนเต็ม ไม่เคยมีอาการสำลักข้าวเพราะไม่มีความรีบร้อนในการป้อนเหมือนคนดูแล

พี่หมอชายไม่เคยเป็นไข้จากการสำลักที่ทำให้เกิดปอดอักเสบนิวมอเนีย จึงถือว่าคุ้มและภูมิใจอย่างมาก พูดพลางเคาะบนไม้ว่าต้องไม่มีอาการเหล่านี้เป็นเด็ดขาด *"เขาเป็นซุปเปอร์วีไอพี เค้าดีกับเรามากขนาดนี้ ข้าวก็ตักให้ทาน กาแฟก็ชงให้ดื่ม เราจะไม่ดูแลให้ดีได้อย่างไร"* มือขวา

ที่อ่อนแรงเป็นศูนย์ สามารถเริ่มหยิบจับอาหารได้ การดื่มน้ำต้องดื่มให้ได้ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน เพื่อป้องกันไตเสียและต้องระวังสำลักระหว่างดื่มน้ำ

การขับถ่ายช่วงแรกๆการขับถ่ายยังปรับกันไม่ลงตัว ทุกสี่โมงเย็นตอนที่อยู่ในโรงพยาบาล พี่ต้องรีบลงมาช่วยดูเรื่องการทำความสะอาด น้องพนักงานบางคนทำให้สะอาดถูกใจ บางคนรีบ ๆ แรง ๆ "แต่เราก็ต้องอาศัยเขา"

อารมณ์ความรู้สึกสำคัญที่สุด ผู้ที่เคยดูร่าเริงคล่องแคล่ว ต้องมาหยุดทุกอย่างกะทันหันก็ต้องรับอารมณ์กันให้ได้ จะมีช่วงอารมณ์ที่เศร้าซึม ต่อต้าน นิ่ง ขี้เกียจ ครอบครัวต้องไม่ต่อว่า ไม่ดุ เพราะผู้ป่วยจะยิ่งแสดงให้เห็นว่าต่อต้าน

การที่ครอบครัวต่อว่าเรื่องไม่ให้ความร่วมมือ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยต่อต้าน เฉย ซึม ไม่สนใจ เคยมีอยู่ครั้งหนึ่งผ่านไปหนึ่งวันเต็มต้องอาศัย "คนนอก" เช่นน้องพยาบาลมาพูดท้าทายให้ผู้ป่วยเกิดแรงฮึด หลัง 24 ชั่วโมง มาสอบถามตอนหลังจึงรู้ว่าน้อยใจท้อแท้จริง

บางครั้งและนานๆทีที่ผู้ป่วยจะร้องเสียงดังว่า "เจ็บ" เมื่อโดนเข็มเจาะเลือด แต่เป็นการพูดคำสั้นๆที่เกิดจากความเจ็บ การปรึกษาจิตแพทย์ดูเหมือนไม่ได้ผลเพราะผู้ป่วยไม่สามารถพูดโต้ตอบแพทย์ได้

การนอน อันนี้ปัญหาเลย ผู้ป่วยที่อยู่กับเตียงและการดูแลแบบเป็นตารางเวลา เราไม่อาจไปควบคุมให้ผู้ป่วยนอนเป็นเวลาได้ พี่หมอชายจึงต้องอาศัยยาช่วยให้นอนหลับอย่างแรงที่อาจติดยาได้ "ติดก็ติดไป ชีวิตก็เท่านี้ อะไรที่ช่วยผู้ป่วยให้อารมณ์นิ่งและหลับได้ก็ให้กันไป" พี่หมอหญิงพูดอย่างปลงหน่อยๆ หลังๆ ก็หลับได้รวดเดียวยาว จนต้องเข้าไปปลุกเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่ใส่ซับน้ำปัสสาวะ

รู้ใจผู้ป่วย คนใกล้ชิดต้องไม่แสดงอาการตื่นเต้นตั้งแต่แรกรู้ว่าอาการแรก ๆ เป็นอย่างไร ควรเข้าใจว่าผู้ป่วยชอบหรือไม่ชอบอะไร และเข้าใจไลฟ์สไตล์

ของผู้ป่วยเป็นอย่างดี เช่นผู้ป่วยไม่พร้อมจะฟังธรรมะ ร้อยวันพันปีไม่เคยต้องอาศัยธรรมะก็อย่าไปยัดเยียด เพราะอะไร ก็เพราะก่อนป่วยชอบเปิดเอลวิสฟังบ่อย ๆ พี่หมอชายเคยแซวพี่ก่อนป่วยว่า

"ถ้าฉันป่วย อย่าเปิดบทสวดมนต์ เพราะฉันจะไม่ฟัง ขอเอลวิส เพลสลี่ กับ เพอรี่ โคโม และ แนท คิงโคล นะ" เพราะสมองจะรับรู้เรื่องเพลงได้ดีที่สุด

พี่หมอหญิงจัดรวมเพลงสุนทราภรณ์แบบร้องเดี่ยวหรือเพลงขับร้องหมู่ด้วยมีเป็นหมื่นเพลงเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูด

"พี่หมอครับ ผมหาอัลบั้มเพลงต้นฉบับใหม่มาให้นะครับ" คุณหมอที่รักษาก็พลอยเป็นครอบครัวไปด้วยเรียกว่าเข้าขากันดี อายุอานามไม่ใกล้เคียงแต่รสนิยมไปกันได้ดีเลย

นักกายภาพบำบัด หกวันแรกพี่หมอชายพูดไม่ได้ แต่สายตาที่สื่อออกมาสู้มาก แข้งขาขยับไม่ออกให้ขยับอย่างไรเค้าจะแสดงให้รู้ว่าพยายามอย่างมาก อาการสมองขาดเลือดมาเลี้ยงนี้คุณหมอบอกว่าหากพ้นเก้าวันแล้วถ้าอาการไม่แย่ลงหรือถ้าไม่มีอาการแทรกซ้อนใดๆก็จะหายได้

พี่หมอหญิงเล่าว่าเริ่มทำกายภาพบำบัดตั้งแต่วันแรกที่เข้าโรงพยาบาลขั้นโคม่า จนคนเกือบสงสัยว่าทำเร็วไปหรือเปล่า สาเหตุเพราะควรเริ่มกายภาพบำบัดก่อนที่กล้ามเนื้อเหลวและทำต่อเนื่อง แม้ต่อมาจำเป็นต้องผ่าตัดในวันที่ 12 แขนกำลังจะเริ่มมีกำลัง แต่พอผ่าสมองแล้วกำลังแขนขวาจะลดลง เทียบกับขาขวามีกำลังขึ้นมามากกว่า แพทย์ให้ทำใจหากแขนขวาจะไม่สามารถคืนได้มากเท่าขา ทุกวันที่หัดเดินต้องมีเจ้าหน้าที่สองคนพยุงกันสองปีกเริ่มฝึกเดิน

"คนไข้สโตร้คจะเดินได้หรือไม่นั้นนักกายภาพมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง" นักกายภาพมีเจ้าประจำสามสี่คน การจัดตารางกายภาพบำบัดจะถูกกำหนดไว้อย่างเป็นระบบคือ 11 โมง และ 4 โมงเย็น โดยต้องมีคนในครอบครัวสลับสับเปลี่ยนมาดูแลช่วงกายภาพไม่ขาด

"พอนาฬิกาตรงสี่โมงเย็น พี่ปิดสวิตช์งานเปลี่ยนโหมดหมอ มาเป็นพยาบาลผู้ดูแลส่วนตัวทันที พี่กับลูกทั้งสองคนไม่เคยขาดการมาทำกายภาพกับพี่หมอชายแม้แต่วันเดียว" ครอบครัวต้องเรียนรู้วิธีการฝึกจากนักกายภาพและจะเดินคู่กับผู้ป่วยทุกวัน (น้ำใจประเสริฐแท้พี่หมอหญิง)

ในบางวันที่ผู้ป่วยงอแงไม่ให้ความร่วมมือ หน้าตาบึ้งตึง พี่หมอหญิงต้องพยายามใช้ศิลปะในการเข้าหา คุยวางแผนกับนักกายภาพบำบัด จนวันหนึ่งนักกายภาพบอก *"ผมขอหักดิบสามเดือนหลังจากที่เป็น"*

การที่คนไข้จะเดินได้ต้องมีใจให้นักกายภาพด้วย ผู้ป่วยกัดฟันยืนยกขาลากขาเดิน แววตาสู้เหลือเกิน จนหลายเดือนผ่านไปเดินได้แบบมีคนพยุงเพียงคนเดียว ขาขวาที่อ่อนแรงหายดีขึ้นกลับมา 99% ต้องชมเชยทั้งผู้ป่วยและนักกายภาพบำบัดที่เข้าขากันได้ดีตลอดสองสามเดือน

นักฝึกพูดเรียกว่าต้องสอนอ่านกันใหม่ เริ่มฝึกสองเดือนจากวันที่เริ่มเป็น เพราะผู้ป่วยเริ่มรู้ตัวมากขึ้น เริ่มจาก ก ไก่ ข ไข่ แต่พี่ว่าความที่นักฝึกพูดมีประสบการณ์น้อยเกินไป เวลามาสอนแพทย์ที่ป่วยจึงถูกคนไข้ต่อต้านอย่างมาก คนที่หามาให้ใหม่คนที่สอง พยายามฝึกจนพี่หมอชายสามารถพูดได้สองพยางค์ แต่พี่หมอแสดงอาการให้ดูว่า "ไม่เอา" เพราะมันง่ายไปจนต้องเปลี่ยนเป็นคนที่สามซึ่งหาไม่ง่ายนัก

ผู้ฝึกต้องมีลูกเล่น ต้องรู้และศึกษาชีวิตประจำวันของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวได้ช่วยกันทำบอร์ด ติดรูปคนไข้ขี่มอเตอร์ไซค์คันโปรดและรูปอะไรก็ได้ที่ผู้ป่วยชอบเพื่อกระตุ้นการรับรู้ ต้องใช้ใจดูแล เพราะการทำตามทฤษฎีมากเกินไป *"มันไม่ใช่"*

ภาษาและการพูด อาการผู้ป่วยสโตร้คแบบนี้มีปัญหาการผสมคำ ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยพยายามพูด แต่ความสามารถการรับรู้เสียหายทำให้เวลาเปล่งเสียงไม่สัมพันธ์กันที่เรียกว่า Apraxia แต่จะเป็นการเปล่งเสียงเป็นสำเนียงของผู้ป่วยเอง เราฟังไม่ออก ถามสามครั้งไม่ถูกก็เงียบไป

ข้อมูลจากกูเกิ้ล สิ่งที่น่าสนใจคือ เมืองไทยขาดแคลนนักฝึกพูดสำหรับฝึกผู้ป่วยที่มีปัญหาในสมองซีกซ้าย ซึ่งเป็นซีกสำคัญ ผู้ป่วยรับรู้ทุกอย่างแต่พูดโต้ตอบไม่ได้ เขียนหนังสือก็ไม่ได้ ผสมคำไม่ได้ เช่นผู้ป่วยรู้ว่าตนเองชื่ออะไรแต่เขียนออกมาเป็นตัวหนังสือไม่ได้ สร้างความอึดอัดขัดใจผู้ป่วยอย่างมาก ภายหลังให้ผู้ป่วยฝึกการจำชื่อกับมือลากตามการสะกดชื่อ ปัจจุบันเขียนชื่อได้แต่โย้เย้เล็กน้อย แต่เซ็นไม่ได้ *"เอาล่ะ ยังดีกว่าเขียนไม่ได้"* พี่หมอหญิงรำพึง

นักกิจกรรมบำบัด การร้องเพลงเป็นสิ่งที่บำบัดที่ดีมากเพราะใช้สมองซีกขวา ประโยชน์สำคัญสำหรับผู้ป่วยคือ *"พูดเป็น"* เราสามารถให้จังหวะเพลงสนุก ๆ ผู้ป่วยจะขยับเท้าตามจังหวะเพลง นี่อาจเป็นการกระตุ้นและเร้าประสาทรับรู้ที่ดี ถ้าเราเปิดเพลงที่โดนใจผู้ป่วยได้ ให้ลองสังเกตดู *"อะไรก็ได้ที่ทำให้หัวกับเท้าทำงานสัมพันธ์กัน"*

การเคลื่อนไหว ทุกวันนี้การลุกเคลื่อนไหวยังทำเองไม่ได้ เพราะมีรอยโรคที่สมองซีกซ้ายที่ควบคุมร่างกายซีกขวา ต้องมีคนคอยพยุงตลอด แม้แต่การเปิดวีดิโอเต้นรำดูไม่ถึงสิบนาทีก็เบือนหน้าหนี ซึ่งก็ยังไม่ใช่กิจกรรมที่ถูกใจผู้ป่วย คงต้องเปิดวิทยุคลื่นที่ฟังประจำจะถูกใจกว่า พี่นึกถึงผู้ป่วยที่เป็นคนโสดก็ต้องมีคนที่อยู่บ้านเดียวกันดูแล คนเหล่านี้น่าเห็นใจมาก

ผู้ดูแลที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเอกชนหากต้องอยู่คนเดียวในห้องจำเป็นต้องมีคนเฝ้า แต่ก็อย่านอนใจปล่อยให้ดูแลโดยไม่ตรวจสอบ บางครั้งเจ้าหน้าที่ในวอร์ดต้องเป็น "สปาย" ว่าผ่านไหม ถ้าไม่ ต้องรีบเปลี่ยน อย่านอนใจเป็นอันขาด เช่น บางคนนึกอยากดูดเสมหะผู้ป่วยก็ทำโดยไม่แจ้งเจ้าหน้าที่ แต่หารู้ไม่ว่าต้องใช้เทคนิคป้องกันการติดเชื้อไม่ใช่แอบสังเกตแล้วจะขอทำเอง ผู้ป่วยหลายรายติดเชื้อและอาจทำให้เกิดอาการที่ร้ายแรงถึงแก่ชีวิตในเวลาต่อมาได้

นอกจากจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ไปดูที่โรงพยาบาล และเปลี่ยนมาแล้วสามคน ถือว่าเปลี่ยนน้อยมากแสดงว่าพี่หมอหญิงเข้าใจการจัดการกับผู้ดูแล เพราะกลางคืนขอเฝ้าเอง คนที่จ้างจึงไม่เครียดตลอดวันและคืน

พี่ต้องหยุดงานสองเดือน ผลัดกับลูกอีกสองคนหยุดงานมาดูแลพี่หมอชาย โดยต้องมาที่ตึกผู้ป่วยชั้น 11 ทุกวันไม่ขาด

"คนดูแลจะต้องไม่ท้อ" พี่หมอหญิงได้รับคำแนะนำที่ดีมากว่า ต้องไม่แสดงอาการท้อให้ลูกเห็น แต่ไม่วาย "แอบทุกข์"

เมื่อใดที่สายตาโรยด้วยความเหนื่อยล้าด้วยวัยที่ไม่ใช่สาวแล้ว เพื่อนๆ เหมือนมีเรดาร์จับได้ก็จะ *"ไปร้องคาราโอเกะกัน"* หรือ *"ไปทะเลกันดีกว่า"* เท่านี้แหละพี่หมอหญิงจะไปพักจนแบตเตอรี่เต็มพร้อมกลับมาประคับประคองพี่หมอชายต่อ

การอยู่โรงพยาบาลของเอกชน หากนำคนไข้ออกไปพักข้างนอกและกลับมาอยู่ต่อ เป็นไปไม่ได้ เพราะหากผู้ป่วยเป็นอะไรขึ้นมาอาจมองเป็นความผิดของโรงพยาบาลจะเป็นมูลเหตุแห่งการฟ้องร้องได้ โรงพยาบาลเอกชนต้องระวังเรื่องนี้มาก

การขับถ่าย ความที่ผู้ป่วยต้องเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่ายทุกเช้า พี่หมอหญิงไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอึดอัด จึงคุยกับแพทย์เจ้าของไข้ขอให้ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้ที่ปรับเป็นส้วมได้ นั่งข้างเตียง ทำให้ผู้ป่วยยิ้มได้เมื่อสามารถนั่งส้วมได้เอง อะไรก็ไม่ดีไปกว่าได้ขับถ่ายในท่านั่งอย่างปกติ และถ้ากลับบ้านไปแล้วครอบครัวก็ต้องดูแลต่อ บางครั้งถ่ายเร็วไปนั่งส้วมไม่ทันเพราะการบังคับหูรูดของลำไส้ใหญ่ยังไม่ปกติเท่าคนทั่วไป จำเป็นต้องใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ไว้

ผิวหนัง ต้องใช้ครีมทาผิวทุกครั้งที่อาบน้ำ เลือกสบู่ ครีมบำรุงผิวทุกอย่างที่ไม่แพ้ ลองไปเรื่อย ๆ โดยยังไม่ต้องซื้อมามาก ๆ ให้สิ้นเปลือง

ปากฟันและยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยไม่สามารถบอกได้ว่ามีปวดฟัน

หรือไม่ เราต้องใช้โอกาสในการที่ผู้ป่วยแปรงฟันหรือเช็ดปากเอง สำรวจปากฟันว่ามีผุโยกคลอนหรือไม่ เมื่อก่อนไม่สบายไม่เคยใช้ยาละลายลิ่มเลือด แต่ครั้งนี้ต้องใช้ Plavix อย่างต่อเนื่อง พอสังเกตว่ากำลังมีฟันผุและเริ่มโยก แต่ทำอะไรไม่ได้ คงต้องปล่อยให้ฟันหลุดเองตามธรรมชาติ

ผู้ป่วยที่มีปัญหาทานยาละลายลิ่มเลือดต้องหยุดยา 5-7 วัน เพื่อให้ทันตแพทย์ถอนฟัน แต่ก็เสี่ยงอีกว่าพอหยุดยาก็อาจมีลิ่มเลือดไปอุดตันเส้นเลือดใหญ่ ๆ ที่สมองหรือหัวใจได้ น่าเห็นใจผู้ป่วยประเภทนี้มาก

หลักการของทันตแพทย์บางคนเห็นว่าขูดหินปูนได้ แต่จะเสี่ยงหรือหากเกิดเลือดออกแล้วมันไม่หยุดง่ายๆ ขนาดแปรงฟันแล้วเลือดออกหยุดยากนานเลยกว่าจะกดให้หยุดได้ ฟังแล้วก็กลัวกันไป หนำซ้ำผู้ป่วยเกิดมีเลือดออกจากโรคริดสีดวงทวาร พี่หมอหญิงบอกว่า "กลัวแทบแย่ กลัวเลือดออกไม่หยุด" และอีกสิ่งหนึ่งคือการระวังคือไม่ให้มือหรือแขนเปะปะไปกระแทกของแข็ง จะเกิดรอยช้ำที่แขนอีกนานจากการที่มีเลือดออกใต้ผิวหนัง

การโกนหนวด มีอยู่วันหนึ่งที่เจ้าหน้าที่โกนหนวดให้ผู้ป่วยแล้วไปโดนไฝ เลือดออกเป็นน้ำ โชคดีที่อยู่ใกล้คุณหมอ ที่ใช้ผ้าก๊อซชุบสารอดรินาลิน (Adrenaline) กดกันพักใหญ่จนเลือดหยุด "มีเรื่องให้ตื่นเต้นกันบ่อย ๆ"

สังคม เวลาเพื่อนๆมาเยี่ยมช่วงที่เป็นใหม่ๆจะสดชื่นอย่างมากเรียกว่ากระดี๊กระด๊าเลย แต่อยู่ไปเพื่อน ๆ ที่มาเยี่ยมกลับมานั่งคุยกันเองซะเหมือนมางานรวมรุ่นเลย เบื่อเวลาเพื่อนมา อันนี้พี่หมอหญิงแอบสังเกตเห็น

ยา ขณะอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับยาลดความดัน ลดไขมัน ยาละลายลิ่มเลือด ยากันชัก ผู้ป่วยผ่าตัดสมองต้องมียาชนิดนี้ป้องกันไว้ ยาช่วยให้หลับเพื่อให้อารมณ์ผู้ป่วยคงที่

การวางแผนเมื่อกลับบ้าน หากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พี่หมอหญิงวางแผนไว้ว่าจะเตรียมสิ่งต่อไปนี้

ห้องนอนจะต้องอยู่ชั้นล่างแน่นอน ห้องน้ำจะต้องมีที่นั่งอาบน้ำทำราวรูปตัวแอล (L) มีพื้นแบบกันกระแทก

ส้วมต้องมีที่รอบๆโถส้วมกว้างพอที่คนช่วยจะเข้าไปช่วยทำความสะอาดหลังขับถ่ายได้

ค่าใช้จ่ายเตรียมจ้างคนดูแลที่บ้าน 24 ชั่วโมง แต่ต้องไม่คาดหวังว่าจะอยู่กับเราตลอดชีวิต

กายภาพบำบัด ผู้ป่วยที่ต้องทำกายภาพบำบัดในระยะยาว เมื่อกลับบ้านอาจไปใช้บริการของรัฐซึ่งหาได้ทั่วไป หรืออาจใช้บริการนักกายภาพบำบัดที่ได้จากโรงพยาบาลของรัฐไปทำที่บ้าน พี่หมอหญิงก็วางแผนไว้แล้วเช่นกัน

ติดกระจกให้น้อยเพราะผู้ป่วยชอบมองตนเอง ความที่เป็นคุณหมอที่มีบุคลิกหน้าตาดี จึงมองกระจกด้วยความหงุดหงิดใจ ไม่ควรติดหลายบาน

ทุกวันนี้พี่หมอชายยังมีอาการยังคงที่ ได้กำลังใจจากคนในครอบครัว พยายามสู้ด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอกับนักกายภาพบำบัด ไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ ขณะนี้ยังไม่กลับบ้าน แต่ก็ยังอุ่นใจที่ใกล้หมอ

พี่หมอหญิงให้ข้อคิดอย่างคนที่มีความมั่นคงในอารมณ์หลังผ่านเรื่องหนักมาหลายเดือนร่วมปีว่า

"ทำวันนี้ให้ดีที่สุด"

"อะไรจะเกิดก็ให้มันเกิดไป"

"การดูแลคนไข้โรคเรื้อรัง บางอย่างคิดยาว ๆ นาน ๆ ไม่ได้ มันเป็นทุกข์"

"แต่เขาเป็นชีวิตของฉัน....."

การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู
ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

พญ. ประภาภรณ์ ปราชญ์พยนต์

ในปัจจุบันนี้ เป็นที่ทราบกันแล้วว่าโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเองและคนรอบข้าง ถึงแม้เราจะปฏิบัติตัวอย่างดีแล้ว ก็ยังสามารถเกิดโรคขึ้นได้ แม้กระทั่งกับตัวหมอเอง แต่สิ่งสำคัญที่สุด คือ เราจะต้องมีวิธีรับมือและรักษาโรคนี้อย่างถูกต้องและทันท่วงที ซึ่งหนึ่งในการรักษาที่สำคัญนั้นก็คือการบำบัดฟื้นฟู (Rehabilitation)

เป้าหมายของเวชศาสตร์ฟื้นฟูในโรคหลอดเลือดสมอง คือทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเดิมหรือใกล้เคียงที่สุด และเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จากการศึกษาวิจัยพบว่า การบำบัดฟื้นฟูตั้งแต่อยู่ในไอซียูหรือระยะเฉียบพลัน (Early Rehabilitation) จะทำให้การฟื้นตัวทางด้านสมองและกำลังกล้ามเนื้อเร็วขึ้น และยังสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ เช่น ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ เสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อทางปอด โรคลิ่มเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำ เป็นต้น ส่วนการจะเริ่มฟื้นฟูให้เร็วที่สุดเมื่อไรนั้นต้องขึ้นอยู่กับการประเมินร่วมกันของทีมแพทย์สมอง แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆว่าผู้ป่วยมีภาวะทางสมองคงที่ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะติดเชื้อรุนแรง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆอย่างน้อย 48 ชั่วโมง จึงสามารถเริ่มทำโปรแกรมการฟื้นฟูได้

โปรแกรมการฟื้นฟูของคนไข้ประกอบด้วยหลายอย่าง ขึ้นอยู่กับความบกพร่องที่เกิดหลังจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

จะร่วมตรวจประเมินและพิจารณาว่าควรทำอะไรและเมื่อใด นอกจากนี้อาจต้องเพิ่มการทำกายภาพอื่นเพื่อรักษาโรคแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น การทำกายภาพปอด ขับเสมหะ ฝึกกล้ามเนื้อระบบหายใจ ในผู้ป่วยที่มีโรคติดเชื้อที่ปอด เป็นต้น

หลักการที่สำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น คือเน้นฝึกฝนทำซ้ำบ่อยๆ และเน้นตรงจุดที่บกพร่อง เพื่อให้สมองส่วนที่เหลือได้รับการกระตุ้น เพื่อเพิ่มความสามารถในการจดจำและเรียบเรียง ทำให้สามารถใช้งานทดแทนสมองที่มีปัญหาได้ เริ่มต้นฝึกจากพื้นฐานและสิ่งง่ายก่อนแล้วค่อยเพิ่มระดับความยากขึ้น โดยปรับโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคลตามระดับของภาวะอ่อนแรง ความสามารถในการสื่อสารและทำตามพฤติกรรมอารมณ์ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันระหว่างคนไข้ แพทย์และญาติ

การฟื้นฟูแรงกล้ามเนื้อ และการควบคุมการฟื้นตัว จะใกล้เคียงสภาพเดิมมากเพียงใดนั้น ขึ้นกับการฝึกออกกำลังและฝึกฝนอีกหลายอย่างร่วมกัน คือ

- **การฝึกออกกำลังเพื่อให้คงพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ** (Range of Motion Exercise) ทำอย่างน้อย 10 ครั้งต่อรอบ วันละ 1- 2 รอบ โดยควรขยับข้อช้าๆและให้เคลื่อนไปจนสุดพิสัยของข้อ ทุกข้อในส่วนแขนและขา เน้นตรงส่วนที่มีการเกร็งตัวมาก (Spasticity) รวมทั้งส่วนที่มีข้อติดได้ง่าย และฝึกยืดกล้ามเนื้อบริเวณที่เกี่ยวข้องกับข้อนั้นด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการเกร็งใดๆมากจนข้อเท้าจิกลงหรือสั่นเวลาสัมผัส ให้เน้นยืดกล้ามเนื้อน่องด้วย โดยจัดเข่าให้เหยียดตรงและขยับข้อเท้าช้าๆ กระดกขึ้นให้ได้มากสุดค้างไว้ 10 ถึง 20 วินาที เป็นต้น

ข้อควรระวัง : *การขยับข้อไหล่ของผู้ป่วยที่อ่อนแรงมาก (ระดับ 0-1) อย่างไม่ถูกวิธีอาจทำให้เส้นเอ็นบาดเจ็บหรือข้อหลุดจากเบ้าได้ง่าย*

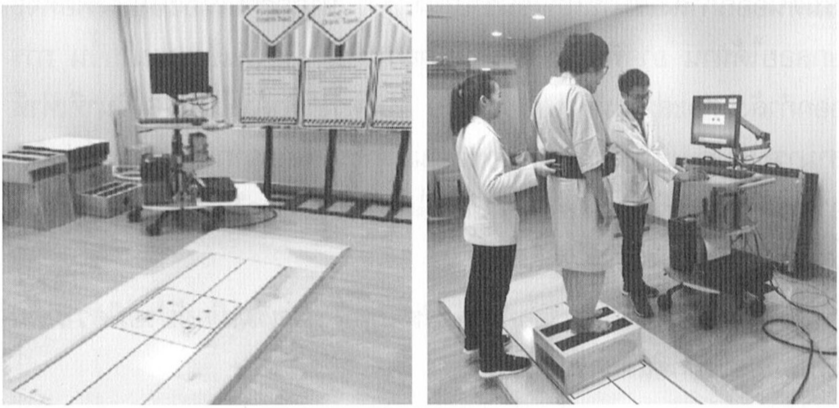
- **การฝึกเพื่อเพิ่มแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อเฉพาะส่วน** (Strengthening & Endurance Exercise) โดยเน้นกล้ามเนื้อที่สำคัญในการใช้แขนทำกิจกรรมและการเดิน เช่น กล้ามเนื้อกางไหล่ งอศอก กระดกข้อมือและกำมือ กล้ามเนื้อรอบสะโพก เหยียดเข่า กระดกข้อเท้า เป็นต้น โดยเริ่มต้นออกกำลังใช้น้ำหนักแขนขาเป็นตัวฝึก หากกล้ามเนื้อแข็งแรงพอที่จะยกลอยได้นาน อาจพิจารณาใช้น้ำหนักถ่วงเพิ่ม เพื่อให้แข็งแรงมากขึ้น การออกกำลังแต่ละส่วนให้ทำซ้ำอย่างน้อย 10 ครั้ง ทำค้างไว้ 3-5 วินาทีเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้กล้ามเนื้อทนทานมากขึ้น นอกจากนี้หากด้านที่ปกติมีอาการล้าง่าย หรืออ่อนแรงจากการไม่ได้ใช้งานเป็นเวลานาน ควรออกกำลังโดยใช้น้ำหนักถ่วงด้านที่ปกติด้วย

ข้อควรระวัง : *การออกกำลังประเภทนี้ ควรเริ่มเมื่อผู้ป่วยมีความดันโลหิตอยู่ช่วงปกติและคงที่แล้ว*

- **การฝึกการขยับเคลื่อนย้ายตัว** (Bed Mobility and Transfer) เป็นสิ่งสำคัญและเป็นพื้นฐานของการที่ผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้ในอนาคต ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงเพียงซีกเดียวสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ถ้าได้รับการฝึกอย่างถูกวิธี โดยการฝึกควรเริ่มทีละขั้นตอน ตั้งแต่การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งเอง การลุกยืน และหมุนย้ายตัวไปรถเข็น สิ่งเหล่านี้ญาติควรให้ผู้ป่วยฝึกทำเองบ่อยๆโดยคอยช่วยเหลือให้กำลังใจอยู่เคียงข้าง เพื่อให้ทำได้คล่องและฟื้นตัวเร็วขึ้น

- **การฝึกทรงตัว** (Balance Exercise) เริ่มต้นจากการฝึกนั่งทรงตัวโดยนั่งห้อยขาข้างเตียง ฝึกกระตุ้นกล้ามเนื้อลำตัว จนสามารถควบคุมการนั่งได้มั่นคง เมื่อทำได้ดีแล้วจึงเริ่มฝึกลุกยืน โดยใช้คนช่วยประคองและให้ผู้ป่วยถือไม้เท้าด้านปกติ หากผู้ป่วยยังไม่สามารถทรงตัวได้ดีอาจพิจารณาฝึกโดยใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น เครื่องช่วยยืน (Standing Frame) บาร์คู่ การฝึกด้วยบอล (Physioball) เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยที่สามารถทรงตัวได้ระดับหนึ่งแล้วแต่

ยังบกพร่องบางจุด ควรได้รับการตรวจละเอียดขึ้นด้วยแบบทดสอบต่างๆ และอาจแนะนำให้ออกกำลังด้วยเครื่องฝึกการทรงตัว (Balance Master) เพิ่มเติม ซึ่งจะวัดผลได้เป็นค่าที่ชัดเจนว่าจุดใดบกพร่องมากน้อยเพียงใด เพื่อให้การฝึกมีประสิทธิภาพมากขึ้น



รูปที่ 1 เครื่องทดสอบ และฝึกการทรงตัว (Balance Master)

- **การฝึกเดิน** สิ่งสำคัญที่สุด คือต้องฝึกให้สามารถเดินได้อย่างปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม และมีแบบแผนใกล้เคียงปกติมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยสามารถยืนได้มั่นคงแล้วจะเริ่มฝึกการยกขาแต่ละข้าง เรียนรู้การลงน้ำหนักด้านที่อ่อนแรงและเกร็งเหยียดเข่าอย่างถูกต้อง เพื่อที่จะได้ไม่ทรุดในจังหวะที่ขาอีกข้างกำลังก้าวเดิน และเมื่อก้าวด้วยขาทั้ง 2 ข้างได้อย่างมั่นคงแล้วจึงค่อยเพิ่มระยะทางการเดิน ในช่วงแรก การควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดอย่างอิสระอาจมีความยากลำบาก เนื่องจากฟื้นตัวของกล้ามเนื้อในโรคหลอดเลือดสมองจะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อแบบเป็นกลุ่ม (Synergy Movement or Pattern) เมื่อฝึกทำซ้ำบ่อยๆอย่างถูกต้องแล้ว ผู้ป่วยก็จะสามารถควบคุมกล้ามเนื้อแต่ละมัดได้ดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่ยังไม่มีแรงกระดกข้อเท้า (Foot Drop) จะทำให้เท้าลากพื้นขณะเดินได้ ผู้ป่วยจะเลี่ยงปัญหาเท้าลากพื้นด้วยการการเดินเหวี่ยงสะโพกออกด้านข้าง (Circumduction)

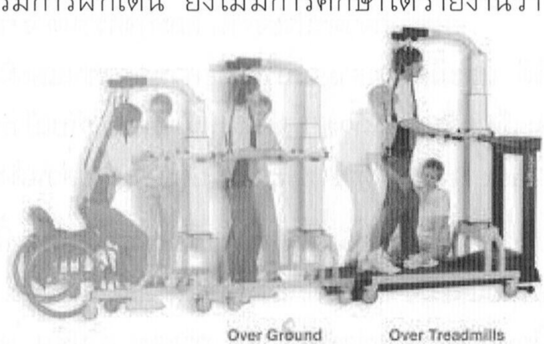
เพราะฉะนั้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าว ควรใส่อุปกรณ์พยุงข้อเท้า (Plastic Ankle Foot Orthosis: AFO) เพื่อช่วยให้การเดินดีขึ้น หรือหากข้อเท้าเกร็งจิกลงมากก็ควรรักษาภาวะเกร็ง (Spasticity) ร่วมด้วย นอกจากนี้อุปกรณ์ช่วยเดินเป็นสิ่งสำคัญมากที่เราต้องเลือกให้ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย

- **ไม้เท้าสามปุ่ม** (Tripod cane) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อ่อนแรงซีกเดียว มีแรงกล้ามเนื้อและการทรงตัวระดับน้อยถึงปานกลาง

- **ไม้เท้าปุ่มเดียว** (Single cane) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อ่อนแรงซีกเดียว มีแรงกล้ามเนื้อและการทรงตัวระดับค่อนข้างดี

- **อุปกรณ์ช่วยเดินสี่ขา** (Walker) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่อ่อนแรงเล็กน้อย สามารถกำมือทั้งสองข้างได้ดี แต่มีปัญหาการทรงตัวค่อนข้างมาก อุปกรณ์นี้จะให้ความมั่นคงในการเดินมากที่สุด

นอกจากนี้ยังมีการใช้อุปกรณ์และการฝึกแบบอื่นเพื่อช่วยให้การเดินและกำลังกล้ามเนื้อสามารถฟื้นฟูได้ดี และรวดเร็วขึ้น ได้แก่ เครื่องช่วยพยุงการฝึกเดิน (Lite Gait) เป็นการฝึกเดินบนทางราบ หรือเดินบนสายพานที่สามารถปรับระดับความเร็วได้ร่วมกับมีสายคล้องตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยพยุงน้ำหนักตัว ทำให้สามารถเดินได้อย่างมั่นใจมากขึ้นไม่เสี่ยงต่อการหกล้มและลดปริมาณน้ำหนักที่จะลงไปตามข้อต่าง ๆ ของผู้ป่วย อย่างไรก็ดีการฝึกด้วยเครื่องนี้เป็นเพียงส่วนเสริมการฝึกเดิน ยังไม่มีการศึกษาได้รายงานว่าสามารถทดแทนการฝึกแบบมาตรฐานได้ ในงานวิจัยบางส่วนกล่าวว่าช่วยเพิ่มความเร็วในการเดินมากกว่าผู้ป่วยที่ฝึกแบบมาตรฐานเพียงอย่างเดียว



รูปที่ 2 เครื่องพยุงการฝึกเดิน (Lite Gait)

- **ธาราบำบัด** (Aquatic Exercise) เป็นการออกกำลังเสริมเพื่อฝึกการเดินและการทรงตัว รวมทั้งสร้างกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนให้แข็งแรงเพิ่มขึ้น และฟื้นฟูได้รวดเร็ว อีกทั้งแรงดันน้ำจะช่วยลดน้ำหนักที่กดลงบนข้อต่างๆ เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องข้อเสื่อมร่วมด้วย เช่น ข้อเข่า และที่สำคัญผู้ป่วยต้องไม่มีแผลบริเวณผิวหนัง มีสัญญาณชีพและอาการในระบบต่าง ๆ คงที่





รูปที่ 3 และ 4 ธาราบำบัด, Hydrophysio

การฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อการใช้งานของแขนและมือ (กิจกรรมบำบัด: Occupational Therapy หรือ OT)

การทำกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่าง ๆ จำเป็นต้องมีแรงกล้ามเนื้อที่ดี และมีความสามารถในการควบคุมแขนและมือทั้งส่วนหยาบและส่วนที่ละเอียดซับซ้อนด้วย โดยควรเน้นให้ตรงกับเป้าหมายความต้องการใช้งาน (Task Specific) ซึ่งประกอบไปด้วยหลายส่วนดังนี้

- ออกกำลังเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อตั้งแต่ไหล่ สะบัก แขน ข้อมือและมือ ซึ่งการฝึกแรงมือมีทั้งฝึกกำสิ่งของขนาดใหญ่ เช่น แก้วน้ำ และฝึกหยิบสิ่งของขนาดเล็ก เช่น กระดุม เป็นต้น โดยใช้อุปกรณ์การฝึกขนาด

ต่างๆ เริ่มฝึกจากการควบคุมของใหญ่ก่อนแล้วค่อยเพิ่มความยากขึ้นตามความสามารถของผู้ป่วย

- ฝึกการใช้งานประสานกับการมองเห็น สัมผัส และการใช้งานประสานกันทั้งสองข้าง เช่น ฝึกใช้มือสองข้างประคองลูกบอลใส่ในตะกร้า

- ฝึกทำกิจวัตรประจำวันเช่น การใส่เสื้อผ้า ติดกระดุม การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย

- ฝึกทำกิจกรรมตามลักษณะงานของผู้ป่วย เช่น การฝึกทำกับข้าว การใช้อุปกรณ์ช่างต่างๆ

ทั้งนี้หากผู้ป่วยที่มีภาวะเกร็งค่อนข้างมากจะทำให้ข้อยึดติดได้ง่าย ทำให้มือกำและปล่อยลำบาก จึงควรออกกำลังเคลื่อนไหวข้อและยืดกล้ามเนื้อส่วนต่างๆรวมทั้งเส้นเอ็นที่ใช้ในการกำมือก่อนการฝึกมือทุกครั้ง และ ทำการยืดมากขึ้น 3-4 รอบต่อวัน รวมทั้งจัดท่าแขนขา ขณะนั่งและนอน ให้อยู่ในท่าที่ตรงข้ามกับภาวะที่เกร็ง นอกจากนี้อาจพิจารณาใส่อุปกรณ์จัดท่ามือและข้อมือ (Resting Wrist Hand Splint) ร่วมด้วย

ข้อสำคัญคือ ผู้ป่วยที่อ่อนแรงครึ่งซีกมักเลือกใช้แต่แขนด้านปกติ แม้ด้านอ่อนแรงฟื้นตัวแล้วก็ยังไม่สามารถใช้งานได้เนื่องจากไม่ได้ฝึกฝนตั้งแต่แรก ดังนั้นควรฝึกใช้งานด้านที่อ่อนแรงบ่อยๆ จะทำให้การฟื้นตัวดีขึ้นใช้งานได้คล่องมากขึ้นจนใกล้เคียงปกติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายฉบับที่ฝึกโดยบังคับให้ใช้แต่ด้านที่อ่อนแรง (Constraint-Induced Movement Therapy: CIMT) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแรงขยับแขน ข้อมือ และมือได้ตั้งแต่ระดับ 2-3 ขึ้นไป

ปัจจุบันนี้ ยังมีการฝึกที่ใช้เทคโนโลยีเสมือนจริงมาร่วมด้วย คือ Virtual Reality (VR) ทั้งในรูปแบบภาพเหมือนจริงและภาพการ์ตูนคล้ายเกม เพื่อกระตุ้นการฝึกให้น่าสนใจมากขึ้น มีระบบตอบสนองทั้งภาพเสียง

สัมผัส (Biofeedback)ให้ผู้ป่วยรับรู้เมื่อทำถูกต้อง ซึ่งเราสามารถเลือกโปรแกรมฝึกให้สอดคล้องกับงาน ความชอบของผู้ป่วยได้ เช่น ฝึกเอื้อมหยิบของ ฝึกตีเทนนิส เป็นต้น เพื่อจูงใจให้เพิ่มจำนวนครั้งในการฝึกและเพิ่มการรับรู้ต่อการใช้งานแขนไปที่สมอง ส่งผลให้มีการฟื้นตัวของแขนและมือเพิ่มขึ้น




รูปที่ 5 และ 6 Virtual Reality และรายละเอียด

ปัจจัยที่ส่งผลรบกวนต่อการฝึกการใช้งานแขนและมือ ได้แก่

ภาวะปวดไหล่

เป็นภาวะหนึ่งที่รบกวนการฟื้นตัวของการใช้งานแขนข้างที่อ่อนแรงหลังจากผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาจพบภาวะนี้ได้ประมาณ 16 ถึง 25% ในช่วงแรกเริ่มถึง 6 เดือนหลังเกิดโรค เมื่อผู้ป่วยมีอาการปวดไหล่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งสาเหตุของอาการปวดมีได้หลายอย่าง เช่นข้อไหล่อักเสบ เอ็นหัวไหล่อักเสบ กล้ามเนื้อตึงตัวผิดปกติ ภาวะเกร็ง (Spasticity) เป็นต้น และภาวะปวดไหล่นี้มีความสัมพันธ์กับการเคลื่อนของกระดูกหัวไหล่ (Shoulder subluxation) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยที่แขนอ่อนแรงมาก ดังนั้นควรป้องกันไม่ให้กระดูกหัวไหล่เคลื่อนโดย

- **การจัดท่าประคองหัวไหล่** ทั้งขณะนอนนั่งเดินและทำกิจกรรมต่างๆ

- อุปกรณ์พยุงหัวไหล่ (Shoulder sling, Bobath sling)

- ติดเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าที่กล้ามเนื้อหัวไหล่ (Deltoid and Supraspinatus muscles)

- ไม่ควรดึงรั้งไหล่ผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรง ขณะออกกำลังและฝึกเดิน

หากมีภาวะปวดร่วมกับแขนบวม อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุเช่น

- ภาวะอุดตันของเส้นเลือดดำแขน (Deep Vein Thrombosis) ซึ่งเราสามารถป้องกันได้โดยออกกำลังขยับข้อ และจัดท่าแขนที่บวมให้ยกสูงกว่าระดับอก หากมีอาการแล้วควรรีบพบแพทย์ โดยการรักษาหลักคือการใช้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งขณะรักษาด้วยยาชนิดนี้ต้องระมัดระวังภาวะเลือดออกที่บริเวณอื่นด้วย

- ภาวะปวดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติบริเวณไหล่ถึงมือ (Shoulder hand syndrome or Complex Regional Pain Syndrome type 1)ในระยะเริ่มต้นมักมีอาการปวดบวมแดงร้อนทั้งแขน (อาจไม่พบอาการตรงข้อศอก) มีปวดแสบหรือยิบๆคล้ายเข็มแทง ซึ่งหากไม่รักษาจะเข้าสู่ระยะต่อไปที่มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และกระดูกพรุนได้ ซึ่งการรักษาหลักคือใช้ยาแก้ปวด และยาสเตียรอยด์ หลีกเลี่ยงการขยับ ออกกำลังหรือสัมผัสแรงๆ จัดท่ากางไหล่ เหยียดศอก ข้อมือและนิ้ว เพื่อป้องกันข้อติด

ภาวะการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Spasticity)

เกิดจากโรคทางสมองทำให้มีความผิดปกติในระบบสั่งการ และแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ในขณะที่เราฝึกเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อถ้าเราขยับเหยียดข้อนั้นเร็ว กลับจะทำให้เกิดแรงต้านการขยับข้อหรือเกิดภาวะข้อสั่นได้ (Clonus) การรักษาประกอบด้วย การยืดกล้ามเนื้อซึ่งเน้นทำบริเวณที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยการเหยียดกล้ามเนื้อช้าๆ จนสุดพิสัยของข้อ

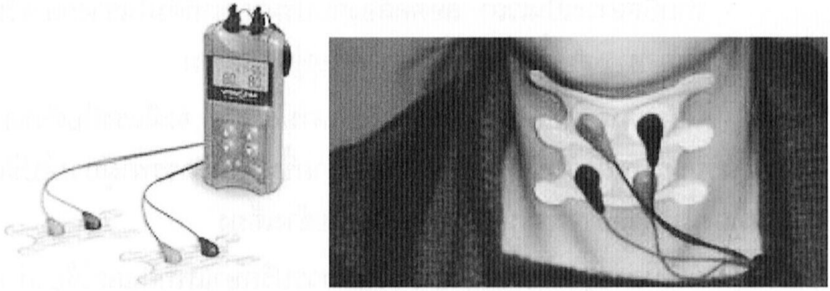
นั้นค้างไว้ 10 ถึง 20 วินาทีทำซ้ำอย่างน้อย 10 ครั้ง 3-4 รอบต่อวัน หากมีอาการเกร็งมากจนรบกวนการฝึกหรือการใช้ชีวิตประจำวันควรใช้ยาลดเกร็งร่วมด้วย ซึ่งมีทั้งแบบรับประทาน (ออกฤทธิ์หลายส่วน) และแบบฉีดลดเกร็งเฉพาะกล้ามเนื้อที่เกร็งมาก โดยใช้ Botulinum Toxin, Pheonol block เป็นต้น ผลของยาฉีดออกฤทธิ์ชั่วคราวประมาณ 3-6 เดือน

การฝึกกลืน (Swallowing Training)

เราอาจประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีปัญหาเรื่องการกลืน หรือกลืนได้อย่างปลอดภัย เสี่ยงต่อสำลักอาหารหรือไม่ โดยสังเกตจาก

- อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อการกลืน เช่น อาการหน้าเบี้ยว มีน้ำลายไหลจากมุมปาก การพูดออกเสียงไม่ชัด รู้สึกกลืนลำบาก มีไอบ่อยครั้งหลังจากกลืนน้ำลาย เป็นต้น
- การรับรู้ และความรู้สึกตัวบกพร่อง เช่น มีอาการซึมมาก ไม่ทำตามคำบอก
- มีภาวะติดเชื้อในปอด หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจบอกถึงภาวะสำลักเงียบ (Silent Aspiration) คือไม่สามารถควบคุมน้ำลายในช่องปากให้เข้าสู่หลอดอาหารได้ จึงทำให้น้ำลายบางส่วนเข้าไปในหลอดลม

ผู้ป่วยที่จะฝึกกลืนควรมีสภาวะต่าง ๆ คงที่ ตื่นตัวพอควร และสามารถนั่งได้อย่างน้อย 20-30 นาที การฝึกประกอบด้วยการกระตุ้นใช้กล้ามเนื้อรอบปาก ลิ้น และลำคอ ให้มีแรงเพิ่มขึ้นและขยับควบคุมได้ในผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้อคอและรอบหลอดอาหารอ่อนแรงมาก อาจใช้ติดไฟฟ้ากระตุ้น (Vital Stimulation) เพื่อเพิ่มแรงกล้ามเนื้อให้กลืนได้ดีขึ้น รวมทั้งมีการใช้ความเย็น รสเปรี้ยว สัมผัสเพดานปากเพื่อกระตุ้นกลืน



รูปที่ 7 เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าเพื่อฝึกกล้ามเนื้อที่ใช้ในกลืน (Vital Stimulation)

เมื่อกลืนได้ดีขึ้น จึงเริ่มทานเป็นอาหารหนืด (Pureed food) เช่น โจ๊ก กล้วยบด โยเกิร์ต แล้วค่อยปรับความข้นของอาหารเป็นอาหารนิ่ม และอาหารปกติ การทานน้ำจะสำลักง่ายที่สุดเพราะควบคุมได้ยากจึงควรระมัดระวัง โดยให้ดื่มทีละน้อย ใช้หลอดดูดจากแก้ว และกลืนให้หมดก่อนการกลืนครั้งต่อไป

เมื่อฝึกกลืน หรือทานอาหารเสร็จแล้วควรทำความสะอาดในช่องปากทุกครั้ง เพื่อลดแบคทีเรียที่อาจก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบได้ นอกจากนี้ยังมีเทคนิคต่าง ๆ ช่วยในการฝึกกลืน ซึ่งต้องเลือกให้เหมาะสมกับความบกพร่องของผู้ป่วย เช่น การกระแอมไอและกลืนซ้ำ การก้มหน้า หันหน้าไปด้านที่อ่อนแรงขณะกลืน เป็นต้น

การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

ความบกพร่องในด้านนี้พบได้บ่อยประมาณ 30-60% ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถ่ายไม่หมดทำให้ปวดปัสสาวะบ่อย ท้องผูก และถ่ายอุจจาระลำบาก เราควรช่วยผู้ป่วยฝึกการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระโดย

- ดื่มน้ำให้เป็นเวลา หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำปริมาณมากในช่วงก่อนนอน และเน้นให้ทานอาหารที่ย่อยง่าย รวมทั้งผักผลไม้ที่มีกากใยอาหารสูง

- ถ่ายปัสสาวะเป็นเวลา สอดคล้องกับปริมาณน้ำที่ดื่มในช่วงกลางวัน เช่น หลังทานอาหารทุกครั้งและก่อนนอน หรือทุก 3-4 ชม.

- ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา เน้นหลังอาหารมื้อใหญ่ จะมีแรงบีบตัวของลำไส้หลังรับประทานอาหาร ทำให้ขับถ่ายได้ง่ายขึ้น และควรพาผู้ป่วยไปขับถ่ายในห้องน้ำ หรืออาจพิจารณาใช้เก้าอี้นั่งถ่ายข้างเตียง

- ถ้าไม่ถ่ายอุจจาระเกิน 2-3 วัน ควรปรึกษาแพทย์และใช้ยาถ่ายแบบรับประทานร่วมด้วย หากยังไม่ได้ผลจึงควรใช้ยาถ่ายแบบสวน

หากผู้ป่วยมีปัญหาปัสสาวะค้างปริมาณมากจะทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย แพทย์อาจพิจารณาตรวจดูปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างโดยการสวนปัสสาวะ ทำอัลตราซาวน์ หรือตรวจละเอียด ดูการขับถ่ายทั้งระบบโดยทำ Urodynamic Study แล้วทำการรักษาโดยใช้ยา หากไม่ได้ผลอาจต้องใช้สายสวนปัสสาวะตามที่แพทย์กำหนด

ภาวะบกพร่องทางกระบวนการรับรู้ ความคิดและความจำ (Cognitive Problems)

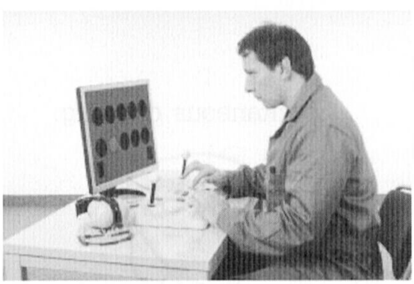
การทำงานของสมองในด้านนี้มีความซับซ้อน เราควรประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างละเอียด เพื่อฝึกฝนให้ตรงจุดและได้ผลการฟื้นฟูในทุกด้านออกมาดีที่สุด สิ่งที่เราต้องประเมิน ได้แก่

- ความสามารถด้านการเรียนรู้ และทำในสิ่งใหม่ ๆ (Intellectual Ability)
- ความสามารถในการจำ (Memory)
- ความสามารถด้านภาษา (Language Ability)
- ความตั้งใจและจดจ่อกับสิ่งที่ทำ (Attention)
- ความสามารถในการตัดสินใจและเรียงลำดับความสำคัญ (Executive Function)

- ความสามารถด้านมิติสัมพันธ์ (Visual-spatial Skill)

- การรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ (Sensory Motor and Sensory Perceptual Function)

- สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ (Psychological Status and Mood) การประเมินเริ่มจากการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยตั้งแต่เราเดินเข้าไป ดูการตอบสนองทางสีหน้า การพูด การตอบคำถาม การทำตามคำบอก แล้วจึงประเมินโดยใช้แบบทดสอบเบื้องต้น เช่น MOCA test, MMSE แล้วค่อยใช้แบบทดสอบละเอียดอีกครั้งในด้านที่คาดว่าบกพร่อง โดยปัจจุบันมีการนำโปรแกรมเทคโนโลยีมาใช้พัฒนาการทดสอบรวมทั้งการฝึกให้ละเอียดและเสมือนจริงยิ่งขึ้น มีลักษณะเป็นคำถามคำตอบ และแบบที่เป็นภาพ เสียง ทดสอบทักษะต่าง ๆ ด้วย (Vienna test, Cogniplus) เช่น ความรวดเร็วในการตัดสินใจ การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการมองเห็นและจดจำ เป็นต้น





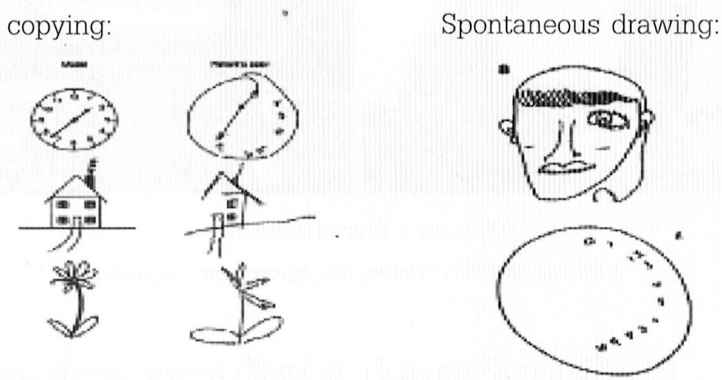
รูปที่ 8 และ 9 ฝึกการทำงานของสมอง,
ภาพโปรแกรมการฝึก (Vienna test system and Cogniplus)

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความจำ มักสูญเสียความจำระยะสั้นและกลาง แต่มักเหลือความจำระยะยาวอยู่ เช่น เรื่องของลูกหลาน เราจึงเน้นฟื้นฟูให้เกิดความจำระยะสั้นและกลาง โดยอาจใช้วิธีถามและตอบในสิ่งที่เกิดขึ้นใน

ชีวิตประจำวัน หรือ หากผู้ป่วยสามารถอ่านและเขียนได้ ควรแนะนำให้อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือที่ชอบ แล้วเขียนบันทึกประจำวัน จะช่วยฟื้นฟูความจำได้ดีขึ้น

ส่วนผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสมาธิ หรือไม่สามารถจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ทำได้ เราควรจัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วย และห้องที่ใช้ในการทำกายภาพให้เหมาะสม ปราศจากสิ่งรบกวน แบ่งเวลาการฝึกเป็นช่วงสั้น ๆ ให้ผู้ป่วยมีเวลาพักแล้วกลับมาทำต่อ จากนั้นเมื่อทำได้ดีแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มเวลาขึ้น ถ้ายังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจให้ยาร่วมด้วยหากมีข้อบ่งชี้และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยานั้น

สำหรับผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในด้านมิติสัมพันธ์ (Visualo-spatial Skill) หรือการรับรู้ (Perceptual Function) จะทำให้เกิดภาวะละเลยร่างกายด้านที่อ่อนแรงได้ (Neglect Syndrome) หมายถึง มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นและความรู้สึกต่อร่างกายซีกที่เป็นอัมพาตลดลง มักเกิดกับผู้ป่วยที่อ่อนแรงซีกซ้าย



รูปที่ 10 ภาพแบบทดสอบของผู้ป่วยที่มีภาวะละเลยซีกซ้าย แสดงให้เห็นถึงการรับรู้เพียงด้านขวา

อาการแสดงที่เราสังเกตได้ง่ายๆ เช่น หน้าหันไปทางขวาตลอด ไม่สนใจวัตถุที่อยู่ด้านซ้าย เดินชนสิ่งของที่อยู่ด้านซ้าย ตักอาหารเฉพาะด้านขวาของจาน เป็นต้น วิธีฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่

- การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจด้านที่อ่อนแรง ด้วยเสียง สัมผัสต่าง ๆ โดยญาติและผู้บำบัด เน้นให้ทำกิจกรรมในด้านที่ละเลย และเน้นการทำซ้ำ ๆ ต่อเนื่อง อาจชี้นำให้ผู้ป่วยหันไปมอง หรือฝึกค้นหาทางด้านที่ละเลย
- การหมุนตัวมาทางด้านที่ละเลยเพื่อให้ตาขวารับสิ่งเร้าทดแทนตาซ้าย จะช่วยชดเชยด้านที่อ่อนแรงได้
- เน้นการลงน้ำหนักของแขนขาด้านที่เป็นอัมพาตและฝึกการทำงานด้วยมือ 2 ข้าง
- ฝึกกิจกรรมที่ใช้เสียงหรือภาพเป็น Biofeedback เช่น ใช้กระจกเงาวางตรงหน้าผู้ป่วยและให้มองตนเองพร้อมกับทำกิจกรรม หรือ ติดปุ่มเซ็นเซอร์ไว้ใต้รองเท้าด้านที่อ่อนแรง ถ้าผู้ป่วยลงน้ำหนักจะมีเสียงดัง เป็นต้น

ภาวะบกพร่องด้านการพูดและความสามารถในการสื่อสาร (Aphasia) ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแบ่งเป็นหลายประเภท ได้แก่ ความบกพร่องด้านความเข้าใจภาษา ด้านการออกเสียง การนึกคำพูด การอ่าน การเขียน หรือหลายอย่างร่วมกัน ดังนั้นการฝึกจึงควรเน้นตรงจุดบกพร่อง และครอบคลุมทุกด้าน ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องนี้อาจมีอาการซึมเศร้า หงุดหงิด เครียด และอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่าย ที่สำคัญคือญาติควรทำความเข้าใจกับอาการ ให้กำลังใจ และหาทางทำให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารกับคนอื่นได้ ไม่ว่าจะใช้รูปภาพ การเขียน การใช้ภาษามือ หรือฝึกใช้คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์ช่วยสื่อสารต่าง ๆ นอกจากนี้หากผู้ป่วยชอบฟังเพลงเราอาจใช้ดนตรีบำบัด (Music Therapy) เข้ามาร่วมฝึกด้วย มีงานวิจัยหลายฉบับกล่าวว่า ดนตรีบำบัด ช่วยฟื้นฟูความจำ การนึกประโยค นึกคำต่างๆ และการออกเสียง รวมทั้งลดอาการซึมเศร้าด้วยโดยเรา

ควรเลือกเพลงที่ผู้ป่วยชอบฟัง มีเนื้อร้องและทำนองกระตุ้นความสนใจ ทำให้ผ่อนคลาย และจังหวะไม่เร็วจนเกินไปที่จะฝึกร้องตามได้

ภาวะซึมเศร้า และปัญหาด้านสภาพจิตใจ (Depression and Psychosocial Problems)

ผู้ป่วยมักรู้สึก และมีอาการแสดงหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หลายอย่าง บางคนเสียใจร้องไห้ วิตกกังวล หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งสภาวะทางด้านจิตใจเหล่านี้ส่งผลอย่างมากต่อการฟื้นตัวของสมอง ดังนั้น แพทย์ ทีมฟื้นฟู รวมทั้งญาติทุกคนจึงควรช่วยกันวินิจฉัยและให้การรักษา โดยการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและอาการของโรคที่เป็น ให้กำลังใจอยู่เคียงข้าง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุด บางงานวิจัยกล่าวว่า การทำกลุ่มบำบัด การเพิ่มกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในงานสังคมนั้นมีผลดีต่อการฟื้นฟูในทุกด้าน นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีอาการมากควรให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาร่วมกับการใช้ยา เพื่อช่วยปรับสารสื่อประสาทในสมอง ช่วยให้นอนหลับ และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

การรักษาทางเลือกอื่น ๆ

เครื่องกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็ก (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation : rTMS)

คือการรักษาโดยกระตุ้นสมองบริเวณที่ต้องการ จัดวางตำแหน่งด้วยระบบนำวิถี (Navigator) ส่งคลื่นแม่เหล็กเป็นชุด ๆ จนเกิดการเหนี่ยวนำเป็นกระแสไฟฟ้าในสมอง และปรับการทำงานของสมองส่วนนั้นให้เป็นปกติ ซึ่งเครื่องมือที่สร้างสนามแม่เหล็กนี้ ไม่ใช่คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือคลื่นวิทยุ จึงมีความปลอดภัยสูง หลังรับการรักษาผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมึนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ หูอื้อ เพียงเล็กน้อย และอาการจะหายไปได้เอง การวิจัยหลายฉบับพบว่า การทำกายภาพบำบัดร่วมกับ rTMS มีผลต่อการฟื้นตัว

ของแขนและมือเพิ่มขึ้น ทั้งในผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันและเรื้อรัง (มากกว่า 3 เดือน) เมื่อเทียบกับผู้ที่ทำกายภาพเพียงอย่างเดียว และพบว่าอาจช่วยลดภาวะซึมเศร้าในโรคหลอดเลือดสมองได้ด้วย

การฝังเข็มจีน เป็นการแพทย์ทางเลือกที่นิยมในปัจจุบันซึ่งหากไม่มีข้อห้ามในการฝังเข็ม ก็อาจพิจารณาเป็นการรักษาเสริม ซึ่งควรต้องปรึกษาแพทย์ที่ดูแลก่อนทำการรักษา บางงานวิจัยกล่าวว่าช่วยลดภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง ทำให้ขยับข้อได้มากขึ้น และช่วยให้ผ่อนคลายลดความกังวล

"เมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้วจะหายเป็นปกติ หรือไม่"

"จะสามารถกลับมาเดินได้ไหม แล้วจะทำงานเดิมได้หรือ"

คำถามเหล่านี้มักเป็นสิ่งที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องการคำตอบมากที่สุด ซึ่งผลของการรักษาและฟื้นฟูนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน เราอาจสามารถคาดคะเนการฟื้นตัวของโรคจากปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

- ประเภท ตำแหน่ง และความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น หากแรกรับผู้ป่วยมีอาการหมดสติ (Coma) หรือ อ่อนแรงมาก (ระดับ 0) เป็นปัจจัยที่ส่งผลลบต่อการฟื้นตัวเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่หมดสติ หรือผู้ที่มีแรงมากกว่า

- การได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวได้เร็วขึ้น และมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ล่าช้าและไม่เพียงพอ

- ความคิดความจำ ความสามารถในการเรียนรู้และการสื่อสาร หากบกพร่องมากจะมีผลทำให้การฟื้นฟูได้ไม่ดี

- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน เป็นต้น อาจทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นหลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

- สภาวะทางอารมณ์ ความเครียด ความช่วยเหลือและกำลังใจจาก

ญาติ ส่งผลต่อการฟื้นตัวของสมองเป็นอย่างมากตามที่กล่าวไปแล้วเบื้องต้น ผู้ป่วยที่ไม่เครียด ปรับตัวกับสภาพได้ดี และมีครอบครัวที่อบอุ่นจะมีโอกาสฟื้นตัวได้มากกว่า

- ผู้ป่วยที่มีภาวะต่าง ๆ ที่ตามมาจากโรคหลอดเลือดสมองเช่น ภาวะละเลยซีกซ้าย (Apraxia) ภาวะปวดแขนและไหล่ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลลบต่อการฟื้นตัวของโรค

อย่างไรก็ตามแม้ผู้ป่วยจะมีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นลบต่อการฟื้นตัวของโรคหลอดเลือดสมอง แต่ก็ไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสกลับเป็นปกติเลย ดังนั้นการฟื้นฟูอย่างเต็มที่และครบทุกๆด้าน ทั้ง กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด การฝึกพูด ฝึกกลืนและอีกหลายสิ่งที่กล่าวไปแล้วเบื้องต้น จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ผู้ป่วยควรฝึกฝนอย่างเต็มที่และต่อเนื่องหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อฟื้นฟูให้ได้มากที่สุดจนสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันและทำงานได้เหมือนดังเดิม ซึ่งหากผู้ป่วย และ (หรือ) ผู้ว่าจ้าง มีความไม่มั่นใจว่าจะกลับไปทำงานได้หรือไม่ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจสมรรถภาพทางร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างละเอียด (Functional Capacity Evaluation: FCE) ก่อนที่จะกลับไปทำงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจทั้งตัวผู้ป่วยเองและ (หรือ) ผู้ว่าจ้าง ถึงความสามารถในทำงานเดิมได้ หรืออาจต้องมีการเปลี่ยนตำแหน่ง การปรับปรุงสภาพแวดล้อมบางสิ่งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงาน เข้าสังคมและใช้ชีวิตได้เป็นปกติมากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Randall LB, Leighton C, Mark AH. Physical Medicine and Rehabilitation. 4^{th} ed. Philadelphia: Philadelphia Elsevier, 2011.
2. National Institute for Clinical Excellence. Stroke rehabilitation: longterm rehabilitation after stroke (clinical guideline CG162). 2013. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg162.
3. Brainin M, Zorowitz RD. Advances in stroke: recovery and rehabilitation. Stroke 2013;44:311-313.
4. Teasell R, Foley N, Salter K. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation: Executive Summary. 15th ed. Ontario, Canada, 2013.
5. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2013. Available from: https://www.strokebestpractices.ca.
6. จักรกริช กล้าผจญ. ดนตรีบำบัด (Music Therapy) ภาพรวมและการนำไปใช้กับโรคและความผิดปกติทางระบบประสาท. สืบค้นมาจาก: http://www.med.cmu.
7. วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ละเลยด้านที่เป็นอัมพาต. สืบค้นมาจาก: http://rehabmed.or.th/main/wp-content/uploads/2014/03/L-164.pdf

กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คุณนัฏฐาภรณ์ สิทธิวงค์



โรคหลอดเลือดสมอง หรือ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เมื่อเกิดโรคแล้วจะก่อให้เกิดอาการทางระบบประสาท ซึ่งผู้ป่วยต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟู โดยการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู มีวัตถุประสงค์เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ ลดความพิการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามความสามารถ การทำกายภาพบำบัด เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทรงตัวนั่ง ยืน เดิน และเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อของแขนขาข้างที่เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ให้ใช้งานได้มากขึ้น จนสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน เข้าสู่สังคมได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1. การประเมินภาวะอ่อนแรงและระยะการฟื้นตัวของระบบสั่งงานกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินการทำงานของระบบการสั่งงานกล้ามเนื้อในผู้ปวยหลอดเลือดสมอง โดยใช้ Brunnstrom Stages of Motor Recovery

แสดงการฟื้นตัวของระบบการสั่งงานกล้ามเนื้อระยะต่างๆ แบ่งระยะของการฟื้นตัวเป็น 6 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 ไม่สามารถสั่งการเคลื่อนไหวได้

ระยะที่ 2 เริ่มมีการเกร็งแต่ไม่ชัดเจน และเริ่มมีการเคลื่อนไหวแบบเป็นกลุ่มของกล้ามเนื้อ (Synergies Movement) แต่ยังอ่อนแรงและไม่ชัดเจน

ระยะที่ 3 เกร็งมากขึ้น สามารถสั่งการเคลื่อนไหวแบบเป็นกลุ่มของกล้ามเนื้อ (Synergies Movement) ได้ดีขึ้น ทำให้เห็นการเคลื่อนไหวของข้อชัดเจน

ระยะที่ 4 อาการเกร็งลดลง เริ่มมีการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้มากขึ้น

ระยะที่ 5 ไม่มีอาการเกร็ง สามารถทำการเคลื่อนไหวที่ซับซ้อนได้ดี เริ่มทำการเคลื่อนไหวเฉพาะแต่ละข้อต่อได้

ระยะที่ 6 สั่งการเคลื่อนไหวเฉพาะแต่ละข้อได้ดีการทำงานประสานกัน (Coordination) ทำได้ดีใกล้เคียงปกติ

2. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อไม่ได้รับการกายภาพบำบัด

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเมื่อไม่ได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพได้แก่

1. โรคก้อนเลือดอุดเส้นเลือดดำ (Deep Venous Thrombosis) ที่ขาหรือที่ปอด พบได้บ่อยในช่วงแรกของการเกิดอัมพาต และไม่ค่อยเคลื่อนไหวในส่วนที่อ่อนแรง นอกจากการให้ยาป้องกันเลือดแข็งตัว หรือใช้ถุงผ้ายืดรัดขา กายภาพบำบัดเพื่อให้มีการขยับและมีการเคลื่อนไหวเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยป้องกันการเกิดภาวะนี้ได้

2. ข้อไหล่หลุด (Shoulder Subluxation) เกิดจากการที่หัวของกระดูกต้นแขน (Humerus) เคลื่อนออกจากเบ้าหัวไหล่ (Glenoid Fossa)

พบในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่อยู่ในระยะกล้ามเนื้ออ่อนแรง เกิดจากแรงดึงของน้ำหนักของแขนในขณะที่ผู้ป่วย อยู่ในท่านั่งหรือเดิน แล้วปล่อยให้แขนห้อยตกลงมา ป้องกันได้โดยการจัดท่าทางที่เหมาะสมและใช้อุปกรณ์พยุงข้อไหล่ตามความเหมาะสม

3. กลุ่มอาการปวดหัวไหล่ถึงมือ (Shoulder-hand Syndrome) เกิดการบวมของหัวไหล่ แขนและมือ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดร้าวอย่างรุนแรงตั้งแต่ไหล่ลงมาที่มือ มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวแขน ส่งผลให้มีการติดยึดของข้อไหล่ ตลอดจนถึงมือควรมีการจัดท่าทางให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

4. ข้อติด (Limb Contractures) กล้ามเนื้อหดสั้น (Shortened Muscles) กล้ามเนื้อหดเกร็ง เกิดการเคลื่อนไหวที่จำกัดบริเวณไหล่ ข้อศอก ข้อมือ ขา และข้อเท้า ซึ่งควรป้องกันโดยอาศัยการบริหาร การจัดท่าทาง การดัด การยืด การให้อุปกรณ์พยุงและอุปกรณ์ดามตามความเหมาะสม

5. แผลกดทับ (Bedsores หรือ Pressure Ulcers) มักเกิดในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวได้น้อยหรือไม่ได้เลย จากแรงที่ถูกกดทับตามปุ่มกระดูกต่างๆ ของผู้ป่วย ป้องกันด้วยหมั่นจัดและเปลี่ยนท่าทาง พลิกตัวบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง

6. ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration Pneumonia) ผู้ป่วยอัมพาตจะมีปัญหาเรื่องการกลืนลำบาก ถ้ารีบฟื้นฟูสมรรถภาพการกลืนได้ก็จะช่วยป้องกันปอดบวมชนิดนี้ได้มาก อาจต้องฝึกการกลืนและเปลี่ยนลักษณะอาหารที่ให้ หรือกรณีที่เสี่ยงมาก อาจจะต้องใส่สายยางผ่านจมูกลงกระเพาะอาหาร หรือการเจาะใส่สายยางจากหน้าท้องเข้าไปในกระเพาะอาหารเพื่อใช้เป็นทางให้อาหารแก่ผู้ป่วยอัมพาต

7. หกล้ม (Falls) มักเกิดได้บ่อยในผู้ป่วยอัมพาต สาเหตุมาจากการรับรู้บกพร่อง สับสน การทรงตัวไม่ดีและการประสานงานระหว่างอวัยวะต่างๆไม่ดี หรืออาจจะเกิดจากผลที่ไม่พึงประสงค์ของยา การป้องกันต้องอาศัยการคอยกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติ และผู้ดูแลการทำกายภาพบำบัด

เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มการทรงตัว รวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินได้อย่างเหมาะสม

3. แนวทางและหลักการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางและจุดมุ่งหมายของการรักษาทางกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่สำคัญ ได้แก่

1. ให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด กลับไปมีชีวิตความเป็นอยู่ในครอบครัวและสังคม เช่นที่เคยอย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด
2. ให้มีความพิการหลงเหลืออยู่น้อยที่สุด คือ ถ้าหากผู้ป่วยที่ไม่สามารถเปลี่ยนสภาพให้ดีขึ้นได้ ก็จะช่วยพยุงสภาพดังกล่าวไม่ให้เลวลงไปอีก ตลอดจนถึงการดูแลไม่ให้เกิดอาการแทรกซ้อนขึ้นได้

หลักการรักษาทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ

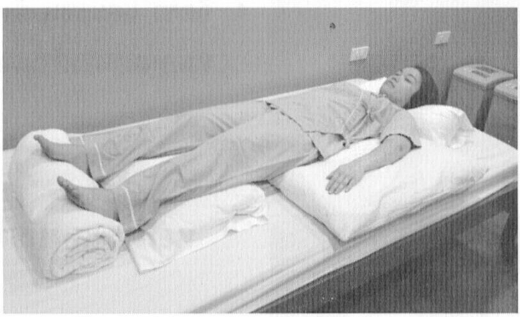
1. การจัดท่าทางที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ การบวมของแขนขาข้างอัมพาต และ การเกิดแผลกดทับ
2. การบริหารและเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ของ แขน-ขา ข้างที่เป็นอัมพาตเพื่อป้องกันไม่ให้ข้อติดแข็ง
3. ให้การออกกำลังกาย และกระตุ้นกล้ามเนื้อที่เป็นอัมพาตนั้นให้แข็งแรง เพื่อที่จะสามารถใช้งานได้เช่นเดิม หรือใกล้เคียงปกติ
4. ออกกำลังด้านที่ดี ให้แข็งแรงยิ่งขึ้นไปอีก เพื่อชดเชยด้านหรือส่วนที่เป็นอัมพาต
5. สอนให้ผู้ป่วยรู้จักช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น ใส่เสื้อ สวมกางเกง เป็นต้น

4. วิธีการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

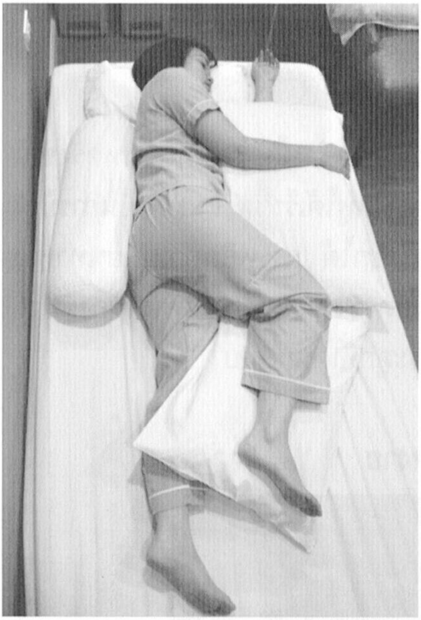
การจัดท่าทางในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ควรจัดท่าทางที่เหมาะสมนอกจากจะช่วยให้ป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อ ช่วยให้กล้ามเนื้อพร้อมกับการฟื้นฟูได้เร็วขึ้น และยังเป็นการป้องการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ การพลิกตัวเปลี่ยนท่าทางควรทำอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และหมั่นตรวจดูผิวหนังส่วนต่างๆของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกที่โดนกดทับ

นอนหงาย

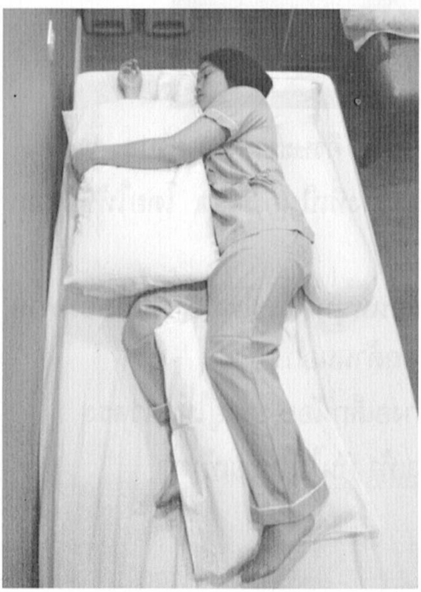


1. หนุนหมอน หมอนใบพอดี ไม่ให้ ศีรษะยกสูงมากไป
2. ใช้หมอนหนุนไหล่และแขน ข้างที่เป็นอัมพาต โดยให้ข้อศอกเหยียดตรง
3. ใช้หมอน หรือผ้าขนหนู ม้วนหนุนใต้สะโพกข้างที่เป็นอัมพาต กันไม่ให้ขาและสะโพกบิดออกด้านนอก
4. ใส่หมอนไว้ใต้เข่า เพื่อให้เข่างอเล็กน้อย ขาอยู่ในแนวตรง
5. ใช้หมอน หรือผ้าห่ม รองฝ่าเท้า กันไม่ให้ข้อเท้าตก



นอนตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต

1. นอนตะแคงให้ลำตัวตรง
2. ขยับหัวไหล่ ขอบสะบักด้านในของข้างที่เป็นอัมพาต ขยับ/เลื่อนขอบสะบัก ออกมาด้านหน้าเพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับหัวไหล่
3. ขาข้างอ่อนแรงหรือที่นอนทับสะโพกและเข่า อยู่ในลักษณะตรง
4. จัดขา และแขน ข้างปกติพาดบนหมอนมาทางด้านหน้า



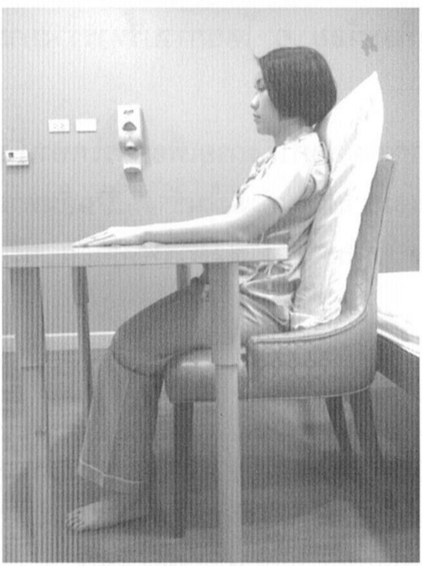
นอนตะแคงทับข้างปกติ

1. นอนตะแคงให้ลำตัวตรง
2. ขยับหัวไหล่ข้างอัมพาตยื่นออกไปด้านหน้าโดยวางบนหมอนพยุงไว้ใต้แขนลักษณะศอกเหยียดตรง
3. สอดหมอนดันไว้ที่หลัง และรองใต้ขาข้างที่เป็นอัมพาต
4. ขาข้างที่เป็นอัมพาต จัดให้สะโพกและเข่าอยู่ในลักษณะตรง



นั่งบนเตียง

1. จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงให้มากที่สุด โดยใช้หมอนรองด้านหลังและศีรษะของผู้ป่วย
2. ใช้ผ้าขนหนูม้วนเป็นท่อนกลม วางรองใต้ก้นด้านที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย เพื่อกันไม่ให้ขาบิดออกด้านนอก
3. สอดหมอนรองใต้แขนข้างที่เป็นอัมพาต



นั่งเก้าอี้

1. จัดให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรงให้มากที่สุด ในผู้ที่ยังทรงคอไม่ดีสามารถใช้หมอนสอดที่หลังตลอดจนคอและศีรษะของผู้ป่วย
2. นำโต๊ะวางไว้ด้านหน้าผู้ป่วย วางแขนบนโต๊ะ ไม่ให้แขนห้อยตกลงจากโต๊ะ ป้องกันไม่ให้ไหล่หลุด
3. ใช้ผ้าขนหนูม้วนเป็นท่อนกลมวางรองใต้ก้นด้านที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย เพื่อกันไม่ให้ขาบิดออกด้านนอก
4. นั่งให้สะโพกชิดพนักเก้าอี้ให้มากที่สุด โดยที่เท้าสัมผัสพื้น กรณีที่เท้าไม่ถึงพื้นให้หาม้าขนาดเล็กมารองเท้าไม่ให้เท้าลอย

การออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Therapeutic Exercise)

ผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ควรเริ่มโปรแกรมการออกกำลังกายหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นขีดอันตราย เพื่อเป็นการป้องกันการยึดติดของข้อกระดูก ป้องกันมิให้กล้ามเนื้อลีบเล็กเร็วจนเกินไป ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจ ทั้งยังเป็นการกระตุ้นประสาทของกล้ามเนื้อในการทำงานและทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังเพิ่มขึ้น

ในระยะแรกเมื่อผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายและยังต้องการพักผ่อนอยู่ การบริหารร่างกายจะเป็นแบบง่าย ๆ ที่ผู้อื่นเป็นฝ่ายทำให้ผู้ป่วย (Passive Exercise) เช่น การเคลื่อนไหวส่วนของร่างกายที่เป็นอัมพาต ระยะต่อมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การบริหารร่างกายจะยากขึ้น คือ ผู้ป่วยจะต้องทำเอง (Active Exercise) และทำต้านกับกับแรงต้านด้วย ซึ่งแรงที่ต้านนี้จะเป็นแบบค่อย ๆ เพิ่มความยากลำบากทีละน้อย ๆ โดยการบริหารร่างกายจะทำทั้งข้างที่ดีและข้างอัมพาตด้วย

การบริหารร่างกายตามหลักการออกกำลังกายเพื่อการรักษาเพื่อป้องกันการยึดติดของข้อต่อต่าง ๆ และช่วยเพิ่มกำลังในข้างที่เป็นอัมพาต ให้ทำอย่างช้า ๆ ท่าละ 20-30 ครั้ง วันละ 3-4 ชุดควรทำทุกวัน หรืออย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์

การบริหารข้อไหล่

มือสองข้างจับประสานกัน ข้อศอกเหยียดตึง ช่วงแรกผู้เข้าช่วยเหลืออาจช่วยประคองในข้างที่เป็นอัมพาตยกขึ้นระดับไหล่ทำมุม 90 องศากับลำตัวในท่านอนหงาย หรือ ยกเหนือศีรษะจนสุดในท่านอนหงายหรือท่านั่ง

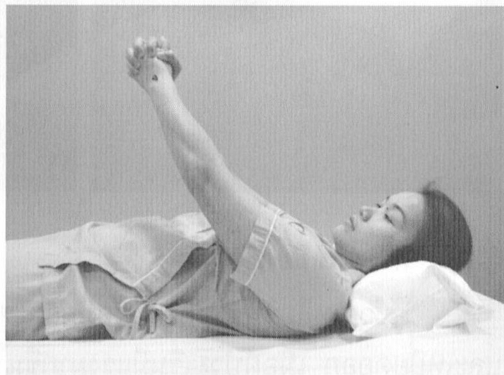
การบริหารข้อไหล่



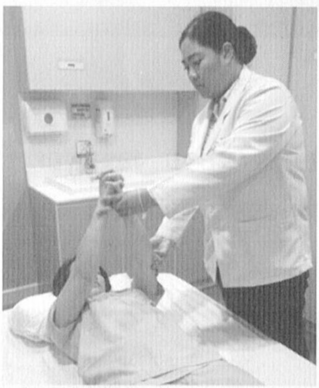
มือสองข้างจับประสานกัน
ข้อศอกเหยียดตึง



ท่านอนหงาย



ข้อศอกเหยียดตึง



ช่วงแรกผู้เข้าช่วยเหลืออาจช่วยประคองในข้างที่เป็นอัมพาตยกขึ้นระดับไหล่ทำมุม 90 องศากับลำตัว



ประคองมือยกเหนือศีรษะจนสุด

การกางแขนและหุบแขน

ผู้เข้าช่วยเหลือประคองที่ข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วย กางแขนของผู้ป่วยออก (ขณะกางแขนออกให้หมุนแขนออก หงายฝ่ามือโดยนิ้วหัวแม่มือชี้ลงพื้น ในช่วงการกางแขนเกินระดับหัวไหล่) และหุบแขนของผู้ป่วยเข้าทำช้า ๆ





การงอเหยียดข้อศอก

ผู้ช่วยเหลือจับประคองที่ข้อมือและศอกของผู้ป่วย งอข้อศอกเข้าและเหยียดออก เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงมากขึ้นให้ผู้ป่วยช่วยออกแรง งอและเหยียดศอกเอง





การกระดกข้อมือขึ้น-ลง

ผู้ช่วยเหลือมือหนึ่งประคองที่แขนท่อนล่าง อีกมือหนึ่งประคองฝ่ามือและนิ้วทั้งสี่ ค่อยๆกระดกข้อมือของผู้ป่วยขึ้นลงเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงมากขึ้นให้ผู้ป่วยช่วยออกแรงกระดกข้อมือขึ้น-ลงเอง





การกำมือ-แบมือ

ผู้ช่วยเหลือมือหนึ่งประคองข้อมือ อีกมือหนึ่งจับที่นิ้วทั้งสี่ มือที่จับนิ้วทั้งสี่ขยับ กำมือและแบมือผู้ป่วยรวมถึงขยับข้อนิ้วหัวแม่มือ เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงมากขึ้นให้ผู้ป่วยช่วยออกแรงกำมือ-แบมือเอง





การงอขาและเหยียดขา

ผู้ช่วยเหลือมือหนึ่งประคองที่ต้นขา อีกมือหนึ่งประคองที่เข่าของผู้ป่วยค่อยๆยกเข่าและสะโพกงอขึ้นให้มากที่สุดและค่อยๆเหยียดออกจนขาตรง เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงมากขึ้นให้ผู้ป่วยช่วยออกแรงงอขาและเหยียดขาเอง





การกางขาหุบขา

ผู้ช่วยเหลือมือหนึ่งประคองที่ต้นขาอีกมือหนึ่งประคองที่ข้อเท้าโดยให้ฝ่าเท้าของผู้ป่วยวางแนบบนแขนของผู้เข้าช่วยเหลือ จับขากางออกประมาณ 45 องศาและหุบขาเข้ามาแนวเดิม เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงมากขึ้นให้ผู้ป่วยช่วยออกแรงกางขา-หุบขาเอง

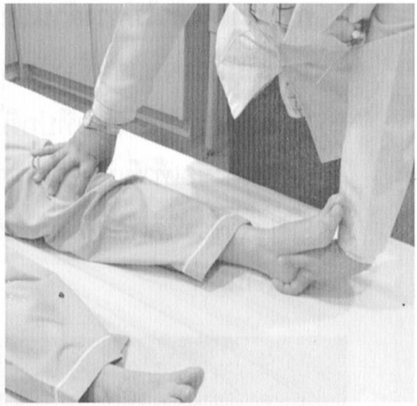




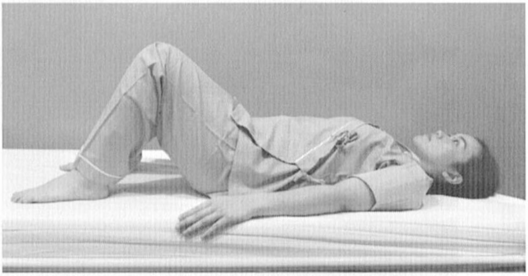
การกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง

ผู้ช่วยเหลือมือหนึ่งประคองที่เหนือข้อเข่า อีกมือหนึ่งประคองที่ส้นเท้าของผู้ป่วย ดันฝ่าเท้าเพื่อกระดกข้อเท้าขึ้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงมากขึ้นให้ผู้ป่วยช่วยออกแรงกระดกข้อเท้าขึ้น-ลงเอง





ยกสะโพกจากท่านอนหงาย





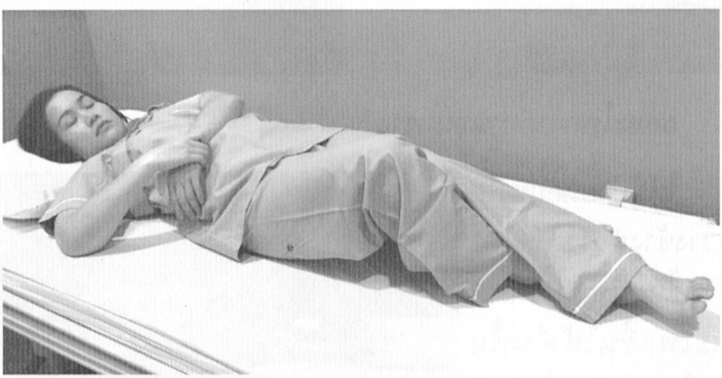
ให้ผู้ป่วยนอนหงาย แขนวางข้างลำตัว ชันเข่า 2 ข้างขึ้น และออกแรงยกสะโพกขึ้นให้พ้นพื้น จนอยู่ในระนาบเดียวกับลำตัว ในช่วงแรกที่ผู้ป่วยไม่สามารถชันเข่าเองได้ ให้ผู้เข้าช่วยเหลือช่วยประคองเข่าและข้อเท้าขณะชันเข่าและยกสะโพก

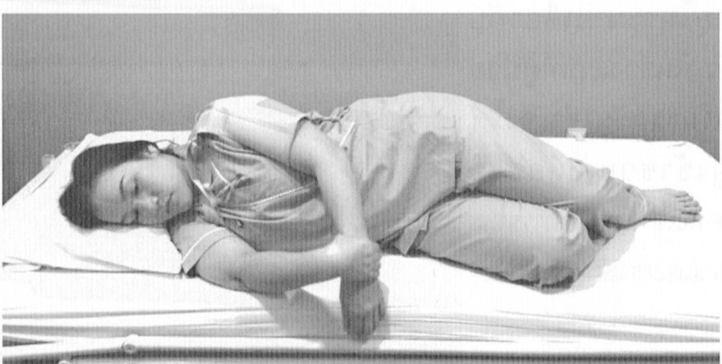
การเคลื่อนไหวบนเตียง (Bed Mobility)

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการเคลื่อนไหวบนเตียง เริ่มได้ทันทีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว ควรสอนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการเปลี่ยนแปลงท่านอน เช่น จากท่านอนหงายเป็นนอนตะแคง เลื่อนตัวขึ้น ลง เป็นต้น

การตะแคงตัวไปทางด้านปกติ

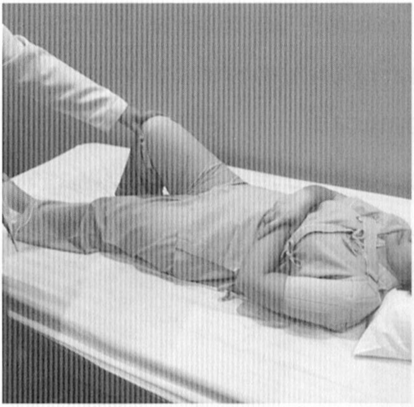
1. ให้ผู้ป่วยจับแขนข้างอัมพาตวางไว้บนทรวงอก หรือหน้าท้อง
2. สอดปลายเท้าข้างที่ปกติใต้เข่าข้างที่อัมพาต เลื่อนเท้าที่ดีลงไปจนถึงข้อเท้าที่เป็นอัมพาต
3. ใช้ขาข้างที่ดีค่อยๆ ยกขาข้างที่เป็นอัมพาตแล้วค่อย ๆ ตะแคงไปด้านที่ดี

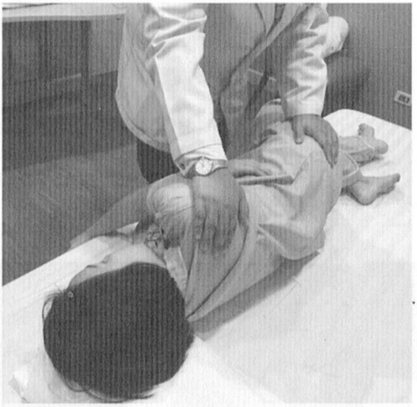




การตะแคงตัวไปทางด้านที่เป็นอัมพาต

1. ใช้มือข้างปกติจับแขนข้างที่เป็นอัมพาตกางออกเท่าที่จะทำได้
2. ใช้แขนข้างปกติเอื้อมจับขอบเตียงหรือที่กั้นเตียงพร้อมกับชันเข่าข้างปกติออกแรงดันเพื่อพลิกตัวไปด้านที่เป็นอัมพาต





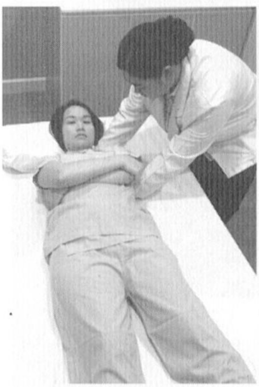
การเลื่อนตัวขึ้น-ลง

1. ให้ผู้ป่วยใช้แขนขาข้างปกติช่วยโดยชันเข่าและใช้มือเพื่อดึงตัวขึ้น
2. และใช้ศอกค้ำยันเพื่อดันตัวลง ผู้เข้าช่วยเหลือจับบริเวณสะบักและสะโพกข้างที่เป็นอัมพาตของป่วย เพื่อช่วยเลื่อนตัว



การเลื่อนตัวซ้าย-ขวา

1. ให้แบ่งการเคลื่อนย้ายเป็น 3 ส่วน คือ ร่างกายส่วนบน ส่วนกลาง และส่วนล่าง
2. เริ่มจากการเคลื่อนส่วนบนให้ประคองศีรษะและสะบัก ตามด้วยส่วนกลาง ให้สอดมือเข้าไปใต้สะโพก และส่วนล่าง ให้ประคองบริเวณใต้ข้อเท้าทั้งสองข้าง แล้วเลื่อนไปทางซ้าย-ขวา ตามภาพในผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
3. ผู้ป่วยที่พอจะช่วยเหลือตนเองได้ให้ผู้ป่วยใช้ศอกและชันเข่าช่วยขยับลำตัวและสะโพกไปด้านที่ต้องการ

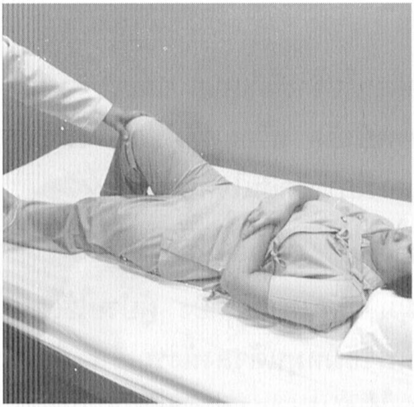
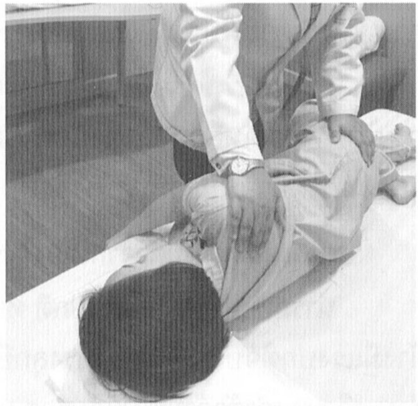
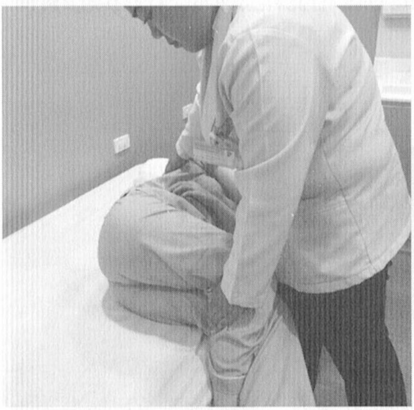




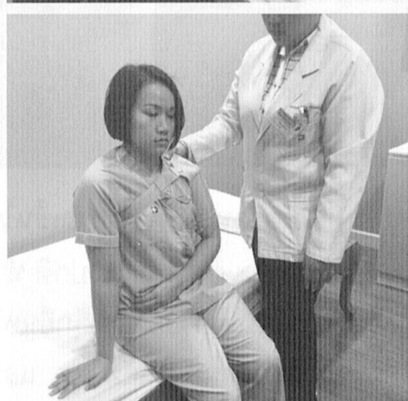
การลุกขึ้นนั่งข้างเตียงจากท่านอนหงาย

ก่อนที่จะให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่ง ถ้าผู้ป่วยนอนอยู่กับเตียงนาน ๆ ควรไขหัวเตียงให้สูงขึ้นอย่างช้า ๆ พอให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ โดยไม่เวียนศีรษะก่อน แล้วจึงจับผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียงขึ้น เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีแรงมากขึ้น สามารถให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยชันเข่าข้างที่ปกติ
2. ผู้เข้าช่วยเหลือ ประคองบริเวณสะบักและสะโพกข้างปกติ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกแรงพลิกตะแคงไปยังข้างที่เป็นอัมพาต


3. จากนั้นให้ผู้ป่วยใช้ขาข้างที่ปกติสอดขาข้างที่เป็นอัมพาต เพื่อนำขาลงข้างเตียง
4. ผู้เข้าช่วยเหลือประคองบริเวณไหล่ข้างที่เป็นอัมพาต และดันสะโพกข้างปกติพร้อมกับให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างปกติออกแรงดันตัวขึ้นสู่ท่านั่ง



การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Transfer)

การฝึกการเคลื่อนย้ายจะต้องเคลื่อนไปข้างที่ดีเสมอ และจะต้องอยู่ภายใต้การช่วยเหลือดูแลของนักกายภาพบำบัด หรือญาติผู้ป่วย จนกว่าจะแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองได้ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง

การเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปรถเข็น

นำรถเข็นเข้าด้านมีแรงปกติ ทำมุม 45 องศากับเตียง ผู้ป่วยใช้แขนข้างมีแรงปกติจับรถเข็นออกแรงลุกยืนพร้อมหมุนตัวลงนั่งรถเข็น ผู้เข้าช่วยเหลือพยุงลำตัวด้านที่เป็นอัมพาต และใช้เข่าประคองเข่าด้านที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย



การเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นไปเตียง

นำรถเข็นเข้าด้านมีแรงปกติ ทำมุม 45 องศากับเตียง ผู้ป่วยใช้แขนข้างมีแรงปกติจับเตียงออกแรงลุกยืนพร้อมหมุนตัวลงนั่งบนเตียง ผู้เข้าช่วยเหลือพยุงลำตัวด้านที่เป็นอัมพาต และใช้เข่าประคองเข่าด้านที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย



การเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นไปเตียง

การเคลื่อนย้ายตัวเองลุกยืน – เดิน

ให้ผู้ป่วยนั่งข้างเตียงหรือเก้าอี้เท้าชิดพื้น เลื่อนเท้ามาด้านหลังแนวข้อเข่า โน้มลำตัวไปด้านหน้าพร้อมใช้มือข้างมีแรงปกติกดไม้เท้าและลุกขึ้นยืน ผู้เข้าช่วยเหลือช่วยพยุงข้างที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย



การฝึกยืนเดินในระยะแรกควรเริ่มเดินในราว (Bar) โดยใช้มือข้างปกติจับราวไว้ และนักกายภาพบำบัดระวังและพยุงด้านอัมพาต เมื่อผู้ป่วยเดินในราวมั่นคงดีแล้วจึงออกเดินนอกราว โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องใช้เครื่องช่วยในการเดิน อาจเป็นไม้เท้า 4 ขา (Quad cane) ไม้ 3 ขา (Tripod cane) หรืออาจเป็นไม้เท้าขาเดียว (Single cane) แล้วแต่ความมั่นคงของการเดินในผู้ป่วยแต่ละราย ๆ ไป ตามนี้คือ

1. เริ่มท่ายืนตรง โดยเฉลี่ยน้ำหนักลงที่ขาทั้ง 2 และไม้เท้า เท่าๆกัน
2. เริ่มจากยกไม้เท้าวางด้านหน้าของขาทั้ง 2 ข้าง
3. ตามด้วยก้าวเท้าข้างที่เป็นอัมพาตมาก่อน และก้าวขาข้างที่มีแรงปกติตามมา



<u>ข้อควรระวัง</u> ขณะผู้ป่วย ลุกนั่ง ยืน-เดิน ควรใส่เครื่องพยุงหัวไหล่เพื่อป้องกันมิให้เกิดการเคลื่อนหลุดของกระดูกหัวไหล่และไม่ควรนำแขนผู้ป่วยพาดบ่าหรือดึงกระชากแขนขณะพยุง ลุกยืน-เดิน เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่หัวไหล่





การขึ้น – ลงบันได

ให้ผู้ป่วยขึ้นบันไดโดยก้าวขาข้างปกติขึ้นก่อนตามด้วยข้างที่เป็นอัมพาต และลงโดยก้าวขาข้างเป็นอัมพาตลงก่อน ตามด้วยข้างปกติ โดยผู้เข้าช่วยเหลือช่วยพยุงด้านที่เป็นอัมพาตของผู้ป่วย



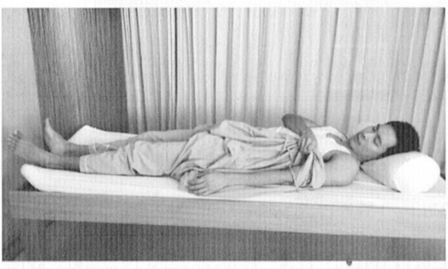


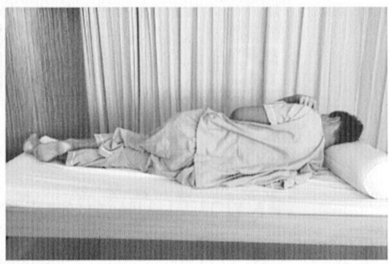
การแต่งกาย (การทำกิจวัตรประจำวัน)

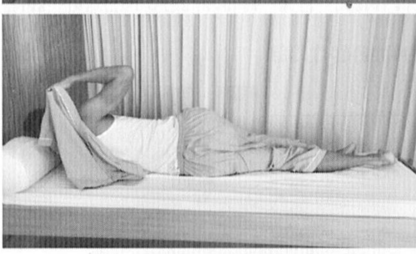
การสวมเสื้อติดกระดุมด้านหน้า หรือมีรอยผ่าด้านหน้าสำหรับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จะมีความลำบากมากกว่าบุคคลทั่วไปเนื่องจากเนื่องจากแขนและขาด้านหนึ่งไม่มีแรงหรือมีแรงน้อยจนไม่สามารถสวมเสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยสวมเสื้อผ้าด้วยตนเองเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในความสามารถในการช่วยเหลือของตนเอง และช่วยลดภาระในการดูแลแก่ญาติพี่น้องได้

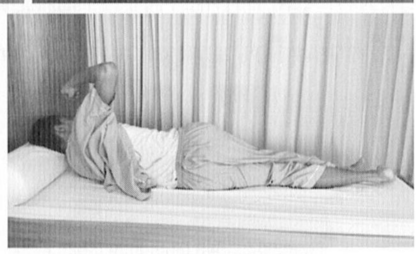
การสวมเสื้อในท่านอน

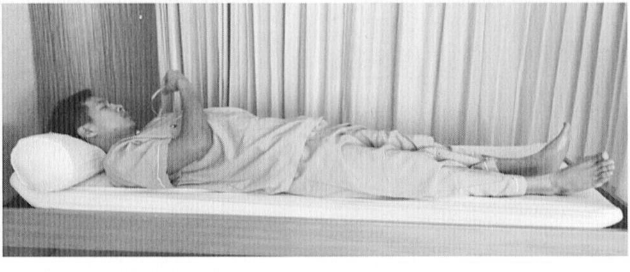
การสวมเสื้อ ในท่านอนสำหรับผู้ป่วยที่มีการทรงตัวในท่านั่งยังไม่ดีหรือยังเสี่ยงล้ม









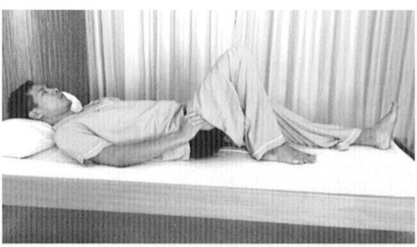


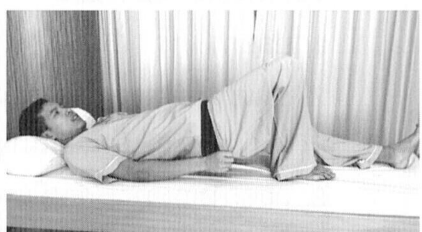
1. เริ่มจากนอนหงาย สวมแขนเสื้อเข้าในแขนข้างที่เป็นอัมพาต สวมขึ้นมาถึงหัวไหล่
2. ให้ผู้ป่วยตะแคงตัวไปด้านที่ปกติ สอดเสื้อไปด้านปกติ
3. ตะแคงทับด้านที่เป็นอัมพาตหรือข้างที่สวมแขนเสื้อแล้วใช้มือด้านที่มีแรงปกติเอื้อมมาด้านหลัง จับขอบปกเสื้อ แล้วสวมเข้าไปในแขนเสื้อที่เหลือ
4. พลิกกลับมานอนหงาย ติดกระดุม หรือผูกเสื้อให้เรียบร้อย

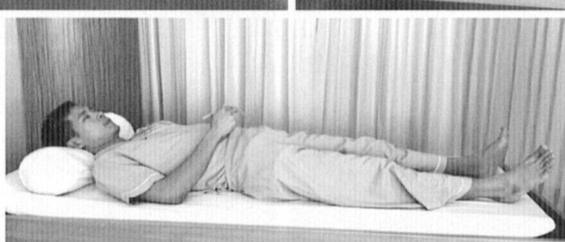
การสวมกางเกง ในท่านอน

การสวมกางเกง ในท่านอนสำหรับผู้ป่วยที่มีการทรงตัวในท่านั่งยังไม่ดี หรือยังเสี่ยงล้ม

1. เริ่มจาก ผู้เข้าช่วยเหลือสวมขากางเกงในขาข้างที่เป็นอัมพาตขึ้นมาถึงระดับหัวเข่าตามด้วยสวมขากางเกง ข้างที่มีแรงปกติ
2. ผู้ป่วยงอเข่า งอสะโพกข้างที่มีแรงปกติให้ลอยพ้นพื้นและใช้มือข้างมีแรงปกติดึงกางเกงขึ้นมาระดับสะโพก ในข้างที่มีแรงปกติก่อนตามด้วยใช้มืออ้อมมาดึงกางเกงข้างที่เป็นอัมพาต

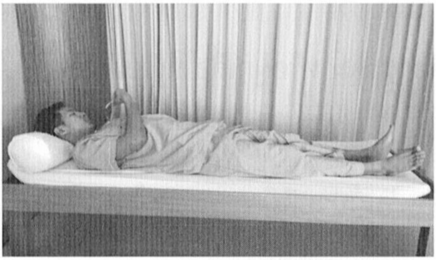
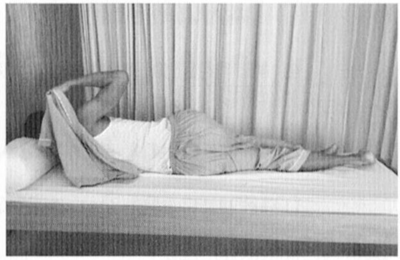






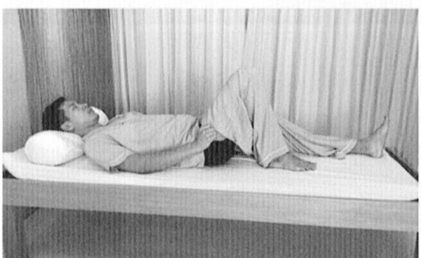
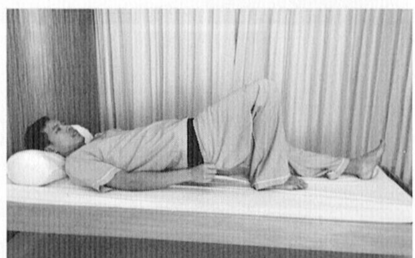
การถอดเสื้อ ในท่านอน

1. ปลดกระดุม หรือเชือกที่เสื้อ
2. พลิกตัวตะแคงทับข้างที่เป็นอัมพาต ถอดเสื้อออกจากแขนด้านที่มีแรงปกติก่อนและยัดเสื้อมาสอดมาด้านที่เป็นอัมพาต
3. ถอดเสื้อออกจากแขนด้านที่เป็นอัมพาต


ถอดกางเกง ในท่านอน

1. ปลดกางเกง
2. ชันเข่า ยกสะโพก พร้อมใช้มือด้านมีแรงปกติดึงกางเกงลงมาระดับสะโพกแล้วเลื่อนมาจนถึงระดับเข่าของทั้งสองข้าง
2. ถอดกางเกงจากขาข้างมีแรงปกติก่อน ตามด้วยข้างที่เป็นอัมพาต

การสวมเสื้อ ในท่านั่ง

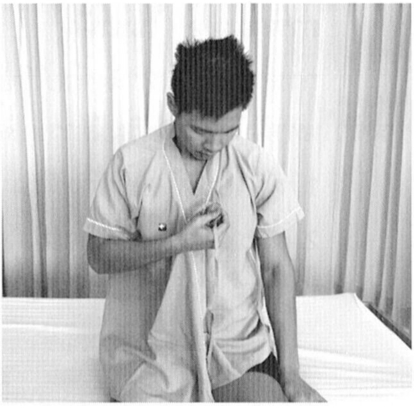
การสวมเสื้อในท่านั่งด้วยวิธีข้ามไหล่ ในรายที่ผู้ป่วยเริ่มควบคุมการทรงตัวในท่านั่งได้ดีและเริ่มมีการเคลื่อนไหวของด้านที่เป็นอัมพาตได้ ดังนี้

1. ผู้ป่วยนั่งห้อยขาข้างเตียง หรือนั่งบนเก้าอี้
2. การจัดเสื้อ วางเสื้อบนตักผู้ป่วยโดยให้ด้านในของเสื้อวางบนตัก (หันป้ายเสื้อขึ้นด้านบน) และจัดคอเสื้อให้อยู่ใกล้ ๆ ท้อง และชายเสื้อคลุมบริเวณเข่า
3. ใช้มือข้างปกติสวมแขนเสื้อข้างที่เป็นอัมพาต ดึงแขนเสื้อด้านที่เป็นอัมพาตให้ถึงบริเวณหัวไหล่





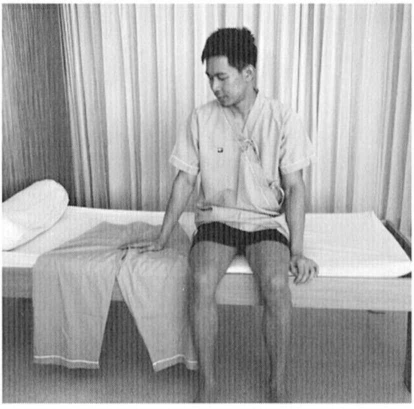
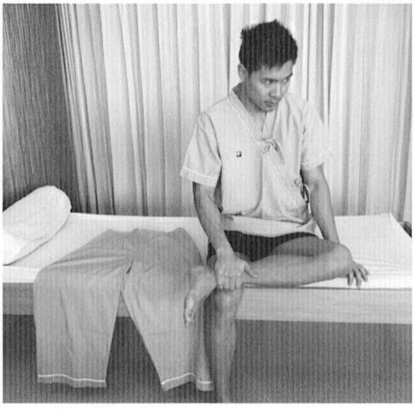




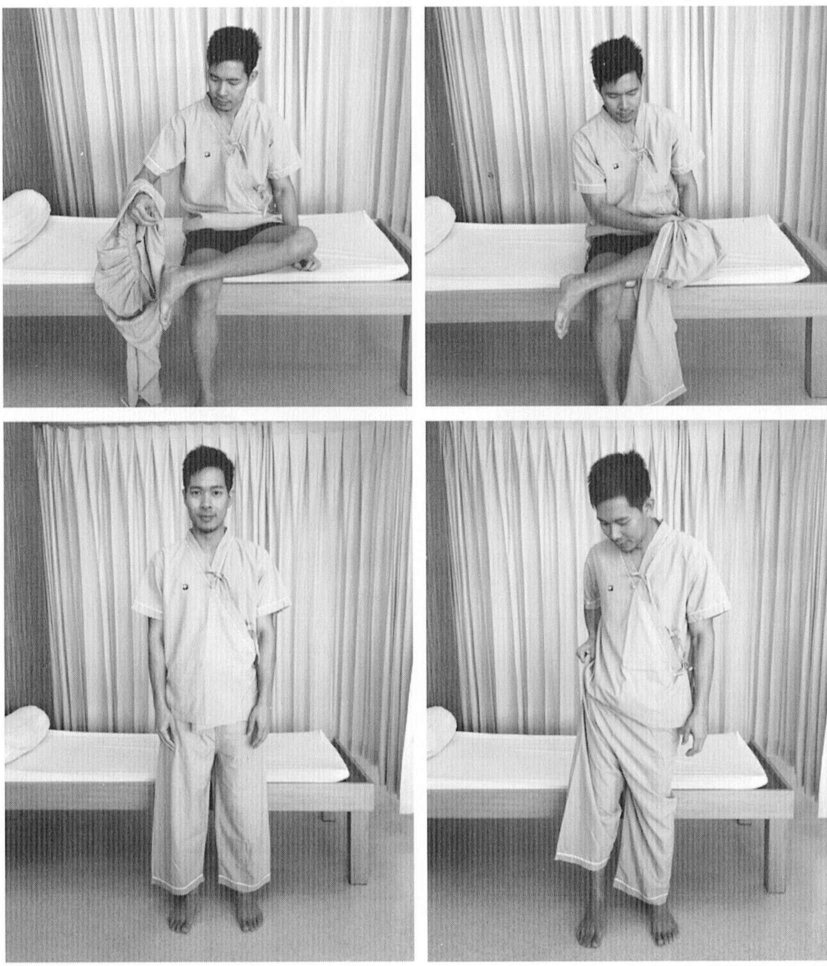
4. สวมเสื้อ ในแขนข้างที่มีแรงปกติโดยก้มตัวหรือก้มศีรษะแล้วอ้อมมือข้างปกติไปด้านหลังของคอ จับคอเสื้อด้านที่อยู่ชิดด้านที่เป็นอัมพาตให้มากที่สุด จากนั้นค่อยๆดึงเสื้ออ้อมไปทางด้านที่มีแรงปกติแล้วสวมเสื้อลงในแขนข้างปกติ และติดกระดุมหรือผูกเชือกให้เรียบร้อย

การสวมกางเกง จากท่านั่ง

การสวมกางเกงจากท่านั่งแล้วต้องลุกขึ้นมายืน ใช้สำหรับกรณีผู้ป่วยที่มีการทรงตัวที่ดี และกำลังของกล้ามเนื้อขาข้างที่เป็นอัมพาตสามารถรับน้ำหนักตัวเองได้ดี

1. ผู้ป่วยนั่งห้อยเท้าข้างเตียง หรือนั่งเก้าอี้
2. ใช้แขนข้างมีแรงปกติยกขาข้างที่เป็นอัมพาต วางบนขาข้างมีแรงปกติ คล้ายท่านั่งไขว่ห้าง จับขากางเกงพร้อมสวม โดยสวมกางเกงข้างที่เป็นอัมพาตก่อน ดึงกางเกงขึ้นถึงระดับข้อเข่า
3. วางขาข้างที่เป็นอัมพาตลงและสวมกางเกงข้างแรงปกติ ลุกขึ้นยืน แล้วค่อย ๆ ดึงกางเกงขึ้นในท่ายืน



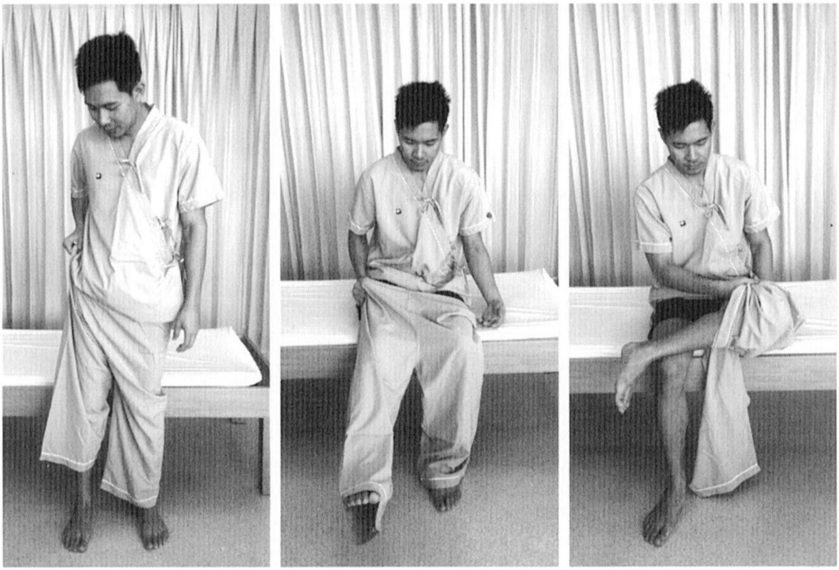
การถอดเสื้อในท่านั่ง

1. ปลดกระดุม หรือแกะเชือกที่เสื้อออก
2. ใช้มือข้างมีแรงปกติปลดเสื้อบริเวณหัวไหล่ข้างที่เป็นอัมพาตไปด้านหลังก่อน แล้วเริ่มถอดแขนเสื้อออกทางแขนด้านที่มีแรงปกติก่อน
3. ตามด้วยใช้แขนด้านมีแรงปกติถอดเสื้อด้านที่เป็นอัมพาตออก



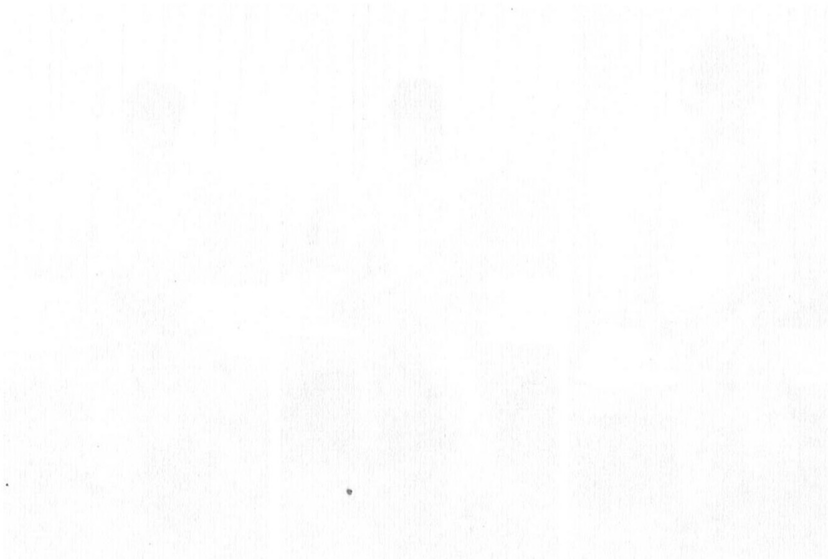
การถอดกางเกง ในท่านั่ง

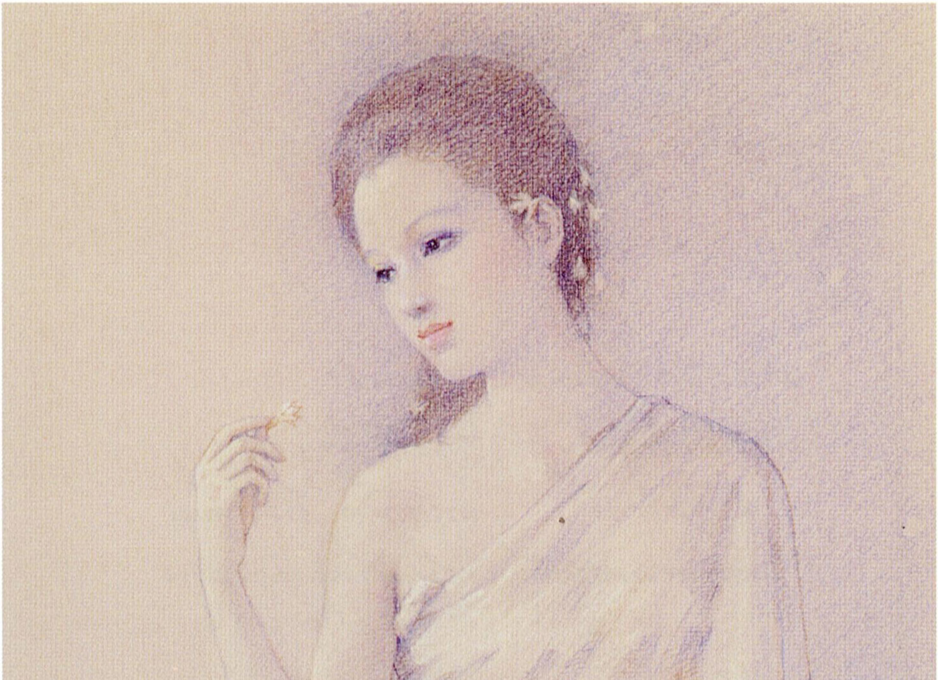
1. ใช้มือด้านมีแรงปกติปลดกางเกง ดึงกางเกงลงทั้ง 2 ข้าง ลงมาระดับสะโพก
2. ให้ผู้ป่วยนั่งลง ค่อยๆถอดกางเกงออกจากขาข้างที่มีแรงปกติก่อน แล้วตามด้วยถอดจากขาข้างที่เป็นอัมพาต



เอกสารอ้างอิง

1. Brunnnstrom S. Movement therapy in hemiplegia: A neuro-physiological approach. 1st edition. New York: Harper&Row, 1970.





ผู้หญิงถือดอกไม้ สีปาสเตล ฝีมือจักรพันธุ์ โปษยกฤต

มาลีคลี่กลีบแย้ม ยวนใจ
เด็ดดมแซมผมไร ใส่เกล้า
เกสรขจรไกล อายกลิ่น ถวิลวอน
เวียนว่อนภมรเคล้า เสพเฝ้าความหวาน

วัลลภศรี สดประเสริฐ
๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๙
รพ. กรุงเทพ

แก้วที่รัก

คุณชญาดา กลิ่นพงษา

"กอ-กอน-กอน-กรณ์" **กรณ์รู้สึกวาบบนใบหน้า ผมเหมือนจะลุกตั้งชัน** และเสียวสันหลังวูบ เมื่อเสียงตะกุกตะกักของแก้ว หญิงที่รักมากดังอย่างแผ่ว ๆ และคาดไม่ถึง

"แก้ว" กรณ์กำมือหญิงสาวเบา ๆ ทำนบน้ำตาลูกผู้ชายแตก

"แก้วพูดได้แล้ว" และเป็นคำแรกที่เพิ่งได้ยินหลังจากที่เธอนอนเป็นเจ้าหญิงนิทรามาหลายคืน ด้วยฤทธิ์ยาที่แพทย์ต้องสั่งเพื่อไม่ให้คนไข้กระสับกระส่ายช่วงอยู่ที่ห้องไอซียู

"แน่ะ เจ้าแก้ว คำแรกที่มันพูดได้ไม่ใช่พ่อเว้ย เจ้ากรณ์นี่ลูกเขยดีเด่น" พ่อพูดแล้วก็โน้มตัวลงกอดลูกสาวแน่น ยิ้มพร้อมน้ำเต็มเบ้าตา ลูกสาวแสนสวยของพ่อที่ทะนุถนอมมาตั้งแต่สิ่งวิเศษที่สุดนี้ได้ลืมตาดูโลกเมื่อ 34 ปี ก่อน ที่เกือบจะไม่มีโอกาสคุยกัน ทำเอาพ่อใจชื้นขึ้น

แก้วทำงานเป็นหัวหน้าฝ่ายขายของบริษัทใหญ่ภายใต้รัฐวิสาหกิจ เจ้านายชาวสิงคโปร์ให้ความกรุณาในความสามารถ เพราะแก้วเป็นเจ้าของพอร์ตลูกค้ารายใหญ่หลายเจ้า สร้างรายได้ให้บริษัทอย่างเป็นกอบเป็นกำ จนได้รับรางวัลแชมเปี้ยนเซลล์ แม้แต่พนักงานขายหนุ่ม ๆ สาว ๆ มือดีในบริษัทก็อดที่จะหงุดหงิดไม่ได้ที่แก้วขึ้นรับรางวัลบ่อยครั้ง คอมมิชชั่นมีให้ทีมงานได้ปลื้ม โบนัสไม่ต้องพูดถึง เอาเป็นว่าสิงคโปร์ เวียดนาม ญี่ปุ่น ฮ่องกง ดูไบ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ตุรกี และหลายประเทศ เป็นรางวัลที่เธอได้รับและนำลูกค้าไปพักผ่อนเป็นการตอบแทนจากบริษัท

แต่แก้วคงจะเป็นหญิงสาวยุคใหม่ที่ตั้งเป้าหมายของภารกิจแต่ละครั้งไว้สูงเกิน การเตรียมงานแต่ละครั้งทุ่มเทไม่หลับไม่นอน เพื่อนแอบนินทาว่า

เป๊ะเว่อร์ ด้วยเธอต้องจัดแผนการเดินทางให้ไม่มีที่ติ ก็ลูกค้ารายใหญ่เราต้องให้เขารู้ว่าบริษัทเต็มใจต้องตอบแทนอย่างยิ่ง เช้าต้องตื่นก่อนไกด์เพื่อมาดูแลลูกค้าคนแรกที่ตื่นลงมาทานอาหาร *"สวัสดีค่ะคุณจรูญ เมื่อคืนนอนหลับดีไหมคะ หรือ Good morning Mr. Chen, did you have a very goodnight sleep, sir?"* จนกระทั่ง *"สวัสดีค่ะ ขอให้หลับฝันดีนะคะทุกท่าน อย่าลืม 6-7-8 ตื่นหกโมง ทานอาหารเจ็ดโมง ล้อหมุนแปดโมงนะคะ"* เป๊ะอย่างกับเป็นไกด์เองเลย อาจมีคนแอบค้อนเธอด้วย

ความที่เป็นคนทำงานอย่างสมบูรณ์แบบ แก้วจึงไม่เคยรู้เลยว่าสิ่งนี้คือ ความเครียดสะสม เพื่อนใจร้ายที่ตามติดเธอเป็นเงาตามตัว บางคืนนอนไม่พอ กลางคืนสรุปงานจนดึกมากเพียง 3 ชั่วโมงก็ตื่นมาตรวจสอบงาน ทานอาหารไม่ตรงเวลาและดึก บ่อยครั้งที่ปวดศีรษะไมเกรน ความที่เป็นคนบอบบาง อากาศร้อนทำเอาแก้วปวดศีรษะข้างขวาแทบระเบิด ทานยาแก้ปวดพาราเซตามอลสลับกับยาแก้ปวดตัวอื่นที่แรงกว่าก็จะระงับอาการปวดได้ระยะสั้น ๆ

"Kaew, why don't you try to play golf so you can join our clients and you don't have to just follow them?" เจ้านายแนะนำ แก้วเลยไปซ้อมไดรฟ์กอล์ฟกับโปรวันละ 6-8 ถาดทั้งที่นักกอล์ฟมือใหม่หัดสวิงกันวันละ 3-4 ถาดก็น่าจะพอ แต่ของแก้ว ไม่ ต้องหัดให้ได้เร็ว ๆ ทั้งนี้เพราะความมุ่งมั่นของแก้ว

ทุกวันในสำนักงาน หัวหน้าทีมและลูกทีมต้องสรุปยอดขายและปรับเป้ากันตลอดเวลา รอไม่ได้ เพื่อนร่วมงานผู้ชายมีพูดจากระโชกโฮกฮากเกรี้ยวกราดกันเอง แม้แต่แก้วก็ไม่รอด โดนไปกับเขาด้วย ที่ทำงานเหมือนสนามยิงปืน มันเครียดมาก ทุกทีมทำเป้าเร่งทำยอด สวนสนุกของแก้วจึงอยู่กับลูกค้า ทุกครั้งเวลานัดพบลูกค้า เธอจะก้าวออกจากที่ทำงานอย่างมีความสุข หลบกระสุนบ้างยังดี ลูกค้าสนิทกันมากเหมือนพี่น้อง ซื้อของฝากกันบ้าง ทำอาหารอร่อยมาให้ทาน

5 มกราคม 2555 กลับจากสนามไดรฟ์กอล์ฟ อาการไมเกรนวันนี้ดูแย่ ปวดศีรษะข้างขวามาก คลื่นไส้ ตาพร่า มองอะไรก็จะเห็นจุดขาว ๆ ไม่ไหวแล้ว ต้องไปโรงพยาบาลประจำแต่ระยะทางมันดูไกลเหลือเกิน พอลงจากทางด่วนเข้าโรงพยาบาลตรงเข้าห้องฉุกเฉิน แพทย์ส่งต่ออายุรแพทย์ระบบประสาทและสมองตรวจร่างกายและฟังเสียงเส้นเลือดใหญ่สองเส้นที่คอ

"ผมว่าปกตินะ แต่จะให้ยาไปทานลดปวด อีก 2-3 วันมาตรวจซ้ำถ้าอาการไม่ดีขึ้นนะครับ"

เช้าวันถัดมา *"ฮัลโหล พี่กรณ์คะ พี่แก้วดูแปลก ๆ บ่นว่าอากาศร้อนมาก ปวดหัว เดินดูเซ ๆ ยังไงไม่ทราบและบอกว่าตาพร่ามัวเป็น ๆ หาย ๆ ด้วย พี่แก้วบอกเดินแล้วกะระยะก็ไม่ถูกค่ะ นิดกลัวว่าจะล้ม วันนี้แปลกมาก พี่กรณ์รีบมาดูพี่แก้วหน่อยนะคะ"* น้ำเสียงปลายทางของเพื่อนร่วมงานดูร้อนรนมาก กรณ์พอจะมีความรู้และเคยได้ยินมาบ้าง จึงตัดสินใจพาแก้วไปอีกโรงพยาบาลหนึ่งซึ่งชั่งน้ำหนักแล้วคิดว่าน่าจะมีอุปกรณ์การวินิจฉัยโรคได้มากกว่าอีกทั้งอยู่ใกล้ แพทย์ห้องฉุกเฉินตรวจดูเบื้องต้นแล้วขอส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง แพทย์อายุรกรรมระบบประสาทและสมองส่งซีทีสแกนสมองก็ยังไม่พบอะไรอีก *"แต่เพื่อความไม่ประมาท ผมแนะนำให้อยู่โรงพยาบาลครับ"*

"ยา---หัว" แก้วพูดเสียงขาดเป็นห้วง ๆ ในเช้าวันรุ่งขึ้นในห้องไอซียู กรณ์รีบตื่นแต่เช้ามืดรีบขับรถบึ่งมาหาภรรยา สงสัยอย่างมากว่าคงอยากได้ยาแก้ปวดไมเกรน เพราะแก้วทานทุกครั้งที่มีปวดศีรษะข้างเดียว ซึ่งส่วนใหญ่ปวดข้างขวาประจำ อากู๋โทรมาเยี่ยมไข้ *"เฮ้ย แก้วเป็นไง ทำไมถามแล้วพูดภาษาคนไม่รู้เรื่องอะกรณ์"*

ความที่เพื่อนรักของกรณ์ทำงานบริษัทประกัน โทรปรึกษาและเริ่มรู้สึกว่า *"สงสัยต้องอยู่หลายวัน"* เพื่อนบอกจะปรึกษาแพทย์ประกันให้ กรณ์นั่งไม่ติด ขอร้องให้พยาบาลติดต่อปรึกษาแพทย์ เพราะนอกจากอาการไมเกรนที่เป็นประจำแล้ว แก้วไม่เคยป่วยอย่างอื่นเลย มีตรวจเลือดเอกซเรย์

ประจำปีตามที่เพื่อนประกันแนะนำตลอดก็ไม่มีอะไรผิดปกติ แต่ครั้งนี้แก้วพูดไม่รู้เรื่องเลย

"คุณหมอครับ ภรรยาผมเป็นอย่างไรครับ ทำไมเธอดูไม่ดีเลย ซีทีสแกนสมองผ่านไปหลายชั่วโมงไม่เจออะไร คุณหมอเช็คละเอียดแล้วไม่พบอะไรเลยหรือครับ"

พยาบาลบอกว่า *"คุณหมอขอส่งเอ็มอาร์ไอสมอง ห้ามทานอะไร 4 ชั่วโมง คนไข้แพ้ไอโอดีนหรือเปล่าคะ เพราะต้องฉีดสี ขอให้คุณสามีกรุณาเซ็นอนุญาตการตรวจด้วยนะคะ"*

กรณ์อึ้งไปพักใหญ่หลังแพทย์เชิญคุยเพื่ออธิบายว่า *"ผลเอ็มอาร์ไอสมอง หมอเห็นจุดขาวเล็ก ๆ ที่สมองด้านซ้าย เป็นบริเวณที่สมองขาดเลือด แต่เส้นเลือดไม่แตก ขอตรวจด้วย เอคโคหัวใจ"* กรณ์ฟังด้วยใจระทึก "เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองซีกซ้ายตีบหมด" ซ้ำด้วยคำพูดที่ว่า "โคม่า"

หลังจากนั้นแพทย์ปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจทำเอคโคหัวใจช่วงบ่ายวันเดียวกันแต่ผลออกมาปกติ

"คุณหมอครับ กรุณารักษาอย่างดีที่สุดเลย ถ้าประกันคุ้มครองไม่หมดก็ไม่ต้องสนใจนะครับผมต้องการภรรยาผมคืนมา" เจ็บปวดทุกครั้งที่แพทย์ขอคุยด้วย

บ่ายสี่โมงเย็นคุณแม่และน้องสาวกรณ์มาเยี่ยม โทรบอกกรณ์ว่าแก้วลุกขึ้นมาอาเจียนแรงมาก กลัวจะเกิดเลือดออกในสมอง สามทุ่มคืนนั้นต้องซีทีสแกนสมองอีก สี่ทุ่มคืนนั้นแพทย์พูดกระตุกอารมณ์เครียดสูงสุดเพราะพบว่าเนื้อสมองซีกซ้ายขาวโพลนหมดสาเหตุมาจาก**โรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดทำให้หลอดเลือดคอตีบและเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ**

กรณ์มึนงงมากเพราะแก้วไม่เคยมีอาการความดันโลหิตสูง ไม่มีโรคประจำตัวหรือทางกรรมพันธุ์เช่นเบาหวานหรือโรคใด ๆ ที่จะนำมาสู่อาการอย่างนี้ และที่สำคัญเป็นโรคขาดเลือดในสมองขณะอายุยังน้อย แพทย์ผู้ทำการ

รักษาก็เครียดที่ยังไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ว่าแก้วจะฟื้นจากโคม่า หรือจะแย่กว่านี้ แก้วยังคงลืมตาในไอซียูแต่ไม่สามารถขยับตัวได้เลย

กรณ์ทุรนทุรายกับอาการที่เกิดอย่างรวดเร็ว สมองทำงานหนัก คิดว่าจะช่วยแก้วได้อย่างไร เพื่อนที่บริษัทประกันช่วยโทรหาแพทย์โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยซึ่งคุณหมอก็ดีมากมาเยี่ยมวันรุ่งขึ้นและช่วยอธิบายเสริมแพทย์ที่ดูแลว่าเส้นเลือดใหญ่ที่คอตีบ เกิดลิ่มเลือดก้อนเล็กมากไปอุดที่ส่วนปลายของหลอดเลือดสมองจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ แพทย์ที่ดูแลหลักแนะนำให้คิดบวกไว้เพราะโรคหลอดเลือดตีบในสมองต้องอาศัยเวลา

กรณ์แม้หมดกำลังใจ เขายังคงนั่งกุมมือภรรยาตลอดเวลา เธอไม่ต้องใส่ท่อหายใจแต่ต้องมีท่อออกซิเจนที่จมูก กรณ์ต้องอาศัยไหว้พระ สวดมนต์พระไตรปิฎก สวดอังคุลิมาลปริตร โพชฌงคปริตร ไหว้พ่อปู่ที่เคารพเพื่อเป็นกำลังใจและหวังปาฏิหาริย์ โดยตื่นตีสี่เดินทางมาเยี่ยมภรรยา และขออยู่เฝ้าเธอจนหลับทุกวัน

การที่มีญาติเป็นแพทย์ก็อาจช่วยให้มีกำลังใจจากการไม่หยุดฝันหยุดค้นหาความรู้ความเข้าใจสร้างกำลังใจ จนวันหนึ่งญาติที่อเมริกาโทรมาสอบถามอาการและบอกว่ารู้จักและสนิทกับแพทย์ผู้ใหญ่ท่านหนึ่งที่เป็นอายุรแพทย์ประสาทและสมองจึงขอปรึกษาแพทย์ท่านนี้ด้วยความหวังเต็มเปี่ยม แพทย์ท่านนี้ให้ความกรุณามาเยี่ยมและขอดูประวัติการรักษา แต่ได้แสดงความเป็นห่วงสองประการที่อาจเกิดขึ้นต่อไปได้ คือเกรงว่าจะมีเลือดออกในสมอง จากเดิมมีก้อนเลือดอุดตันจนต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด และประการที่สองเกรงว่าเซลล์สมองตายเนื่องจากสมองบวม กลัวว่าขั้นต่อไปอาจต้องเปิดกะโหลกด้านซ้ายแต่แพทย์ก็ไม่ได้ผ่าตัดเปิดกะโหลกและไม่มีเลือดออก แต่ก็ให้ยาลดบวมและยาละลายลิ่มเลือดเพื่อทะลวงหลอดเลือดส่วนปลาย ระหว่างนี้แก้วน้ำหนักลดลงจนผอมอย่างมากเพราะทานได้แต่น้ำ ๆ

จากการรักษาโดยยาเป็นหลัก ญาติ ๆ ผลัดเปลี่ยนมาเยี่ยมเยียนและ

ให้กำลังใจทั้งแก้วและกรณ์ วันที่เจ็ดของโรงพยาบาลที่ไอซียู พยาบาลเพิ่งให้ยาทางสายน้ำเกลือไปเพียงชั่วโมงเดียว คุณแม่ของแก้วกำลังง่วนอยู่กับการหยิบจับข้าวของในห้องให้เป็นระเบียบต้องชะงักเงี่ยหูฟังเสียงอะไร แอ๊ะ..เงี่ยหูไปใกล้ปากแก้ว ต้นเสียงมาจากทางนี้ *"กอ-กอน-กอน-กรณ์"* นั่นคือวันที่เจ็ดนับแต่ได้มานอนที่ห้องไอซียู ทุกคนระล่ำละลักพูดเกือบไม่ออกที่เห็นแก้วเริ่มขยับปากและส่งเสียงแรกในเจ็ดวัน

ยัง ยัง ครับท่านผู้อ่าน เรื่องไม่ได้แฮปปี้เอนดิ้งตรงแก้วฟื้นขึ้นมาน่ะซี เพราะหลังจากนั้นแก้วพูดไม่เป็นภาษาเลย เหมือนกำลังนั่งคุยกับมนุษย์ต่างดาว *"ผมจะให้ฝึกกายภาพบำบัดและฝึกพูด"* แพทย์แผนกกายภาพบำบัดและนักฝึกพูดเริ่มงานกันในวันที่สองนับจากที่แก้วฟื้น

"ถ้าชอบร้องเพลงก็ฝึกด้วยเพลงที่ชอบ" แก้วร้องเพลงจีนได้ทั้งที่พูดภาษาจีนไม่เป็น ทุกครั้งที่ฝึกภาษาไทยแล้วพูดผิดไม่ได้ดั่งใจ ก็ออกจะเศร้าแต่พอกรณ์บอกจะพาไปเที่ยวเท่านั้น แรงฮึดมาทันทีเพราะมันเริ่มเบื่ออยู่นิ่งนานเกินไปสำหรับคนเคยคล่องแคล่วว่องไว บทสวดเจ้าแม่กวนอิมก็เปิดให้กระตุ้นการจำและไม่อยากให้นอนมากตอนกลางวันเพื่อให้หลับเต็มที่เหมือนนาฬิกาของคนปกติ คุณแม่และน้องสาวพยายามโปรแกรมคิดบวกพูดบวกเข้าไว้เช่น Slow life บ้างก็ดีนะพี่แก้ว

เมื่อเริ่มพูดได้กำลังใจก็มา แขนขาขวาที่ไม่มีแรงก็ขยับ กรณ์รู้สึกเหมือนมีเท้ามาเขี่ยที่ก้นเมื่อนั่งคุยกัน

"อ๊ะ มีสะกิดกันด้วย นี่ถ้าไม่หายจะพาสาวพริตตี้ไปเที่ยวแล้วนะ" เป็นประโยคที่สร้างแรงจูงใจอย่างมาก การเริ่มฟื้นตัวครั้งนี้ทำให้ชีวิตมีอะไรต้องทำหลายประการ มีตารางการทำกายภาพบำบัดบนเตียงทุกวัน วันละสองรอบ ตั้งแต่สามสี่วันแรกที่ไอซียู

ฝึกกลืนป้องกันการสำลักอาหาร น้ำและน้ำลาย

แผนกโภชนาการทำอาหารเป็นก้อน ๆ หยุ่น ๆ เหนียว ๆ รสชาติไม่ถูกปาก เลย แต่แก้วทำใจเพราะการเริ่มฝึกกลืนโดยนักกิจกรรมบำบัดมันเป็นช่วงเวลาที่ต้องเอาชนะใจตนเองอย่างมาก จะไอบ่อยก็กลัวสำลักน้ำลาย สำลักอาหาร เดี๋ยวก็จะกลายเป็นปอดบวม ไม่ไหว การฝึกกายภาพ โดยการฝึกกล้ามเนื้อมัดเล็กมัดใหญ่ หมุนข้อเล็กข้อใหญ่เช่นข้อสะโพก เข่า นิ้วมือ เพราะเหมือนจะมีข้อติด การฝึกขับถ่าย เดินไปห้องน้ำ อาบน้ำ ฝึกการหายใจ สารพัดจะทำ เรียกว่าอยู่ไอซียู หอผู้ป่วย ห้องกายภาพบำบัด ทำให้แก้วไม่เหงา ประสาทหูสายตา ได้รับการกระตุ้น แถมมีเสียงสามีมาท้าทายให้เหมือนจะลุกวิ่งได้กำลังใจมา ตลอดสามเดือนนี้ ได้ประสบการณ์ที่แตกต่างทั้งทุกข์เพราะต้องฝืนใจในวันอากาศไม่เป็นใจ หรือวันสุขใจที่มีการเปลี่ยนแปลงจนน่าขนลุก เช่น พูดได้คำยาว ๆ มากขึ้น จนเถียงกับกรณ์ได้ยาว ๆ

ในบางครั้งความรู้สึกอยากกลับไปทำงานตามมาเป็นริ้ว ๆ หลังจากเจ้านายมาเยี่ยมและทิ้งประโยคสุดท้ายว่าจะปิดดีลที่ขายสินค้าให้ลูกค้า และตอนนั้นตอบออกไปไม่เป็นภาษา ใจรู้ แต่ปากมันไม่ร่วมมือ อึดอัด นึกถึงตอนเป็นพิธีกร ร้องเพลง และได้รับเสียงปรบมือเกรียวกราว

แก้วถูกลองใจให้เล่าเรื่องในวัยเด็กหลายเรื่อง จนทุกวันนี้ไม่สามารถรื้อฟื้นอะไรได้มาก เพื่อนสมัยประถม มัธยม มาเยี่ยมที่บ้านตามคำเชิญของกรณ์ มาเล่าคุยกันสารพัด แก้วนั่งยิ้มและหัวเราะไปกับบทสนทนาแต่ไม่รู้หรอกว่าบุคคลในอดีตที่ก็เคยมีวันซนเกเรตามประสาเด็กหายไปเลย ความจำระยะยาวหายไปบางส่วน มาจำได้เฉพาะวันเกิดเหตุ จำหน้าคนได้แต่ชื่อนึกไม่ออก แต่ดีที่ยังจำชื่อคนในครอบครัวได้

กรณ์เลือกให้แก้วทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพราะต้องไปทุกวัน เว้นบางวันเกเร อาจเพราะเหนื่อย ที่นี่ต้องฝึกอ่าน ก ไก่ ข ไข่ ใหม่เลย ฝึกการเขียนก็เริ่มจากอนุบาลโย้เย้ จนพออ่านออกแต่ยังไม่ได้ดั่งใจแก้วนัก ต้องทานอาหารและยาตามเวลา ทานยาละลายลิ่มเลือด แต่มีวิตามิน

บำรุงสมอง อาหารหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่กรณ์ไปสรรหาหรือได้มาจากญาติเพื่อนฝูง ไม่ลืมที่จะปรึกษาคุณหมอเพราะได้ยินมาว่ายาบางอย่างไม่เข้ากัน ทานแล้วไม่เกิดประโยชน์

ณ ที่ทำงานวันแรก จากการรอคอยมาสามเดือน กรณ์ไปส่งแก้ว เพื่อนฝูงออกมาต้อนรับกลับบ้านอย่างอบอุ่น เจ้านายให้โอกาสแต่ให้อยู่สำนักงานเพราะรู้ว่ายังให้งานหลักไม่ได้ อยู่ ๆ ไปเจ้านายขอเจรจาปรับวุฒิเป็น ปวส. และปรับเงินเดือนจากหลักแสนเหลือหมื่นต้น ๆ อยู่ได้สองปีไม่ไหวแน่ กลับบ้านไปร้องไห้กับกรณ์บ่อย ๆ เพราะเพื่อนชอบเปรียบเนื้องาน หลายคนจับผิด ทั้งที่แก้วมุ่งฝึกใช้คอมพิวเตอร์จนคล่อง ยังไม่วายโดนเพื่อนหญิงนำไปนินทาเรื่องประสิทธิภาพการทำงาน ความจำเรื่องยากซับซ้อนทำไม่ได้ดี ต้องยิ้มสู้ สามีบอก *"แก้วที่รักไปกับพี่ ไปช่วยพี่ทำงาน"* แก้วจึงลาออกมาเป็นเหมือนเลขากลาย ๆ ให้กรณ์เลย

ทุกวันนี้แก้วตื่นเช้ามาตักบาตรทุกวัน นั่งสมาธิสวดมนต์อิติปิโสเท่าอายุและเกินไปหนึ่งจบ ปฏิบัติธรรมตามที่อยากทำมานานช่วงที่ทำงานเครียด ๆ เดี๋ยวนี้ไม่มีเครียด สามารถขับรถไปตลาดใกล้บ้านได้เองคนเดียว กลับมาทำอาหารอร่อย ๆ เดินออกกำลังรอบหมู่บ้านทุกวันคนเดียว ร้องเพลงคาราโอเกะ ฝึกสมองสายตาและฝึกพูด ไปเที่ยวทะเลต่างจังหวัด และได้ไปต่างประเทศเช่นไปดูคอนเสิร์ตที่ต่างประเทศกับสามีโดยไม่มีอุปสรรคลางานถือเป็นเรื่องดี อยู่ในสายตาของกรณ์ ที่สำคัญเขาได้สาวน้อยหน้าสวยตาใสมานั่งรถไปกับเขาทุกวันมันสดชื่นเหมือนแรกพบไม่เคยเบื่อเลย

โชคดีเป็นของแก้วที่มีกรณ์เป็นสามีผู้แสนประเสริฐดูแลไม่ห่าง

"แก้วครับพี่รักแก้ว"

"แก้วก็รักและขอบคุณพี่กรณ์ค่ะ"

โรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาด

นพ. เผ่าพงศ์ พีรพัฒน์มงคล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พบผู้ป่วยเป็นโรคนี้มากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยสถิติพบมากในคนที่อายุมากกว่า 55 ปี แต่ในปัจจุบันคนที่อายุอยู่ระหว่าง 45-54 ปี ก็มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการศึกษาพบว่าในแต่ละปีพบผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 50-120 คน ต่อประชากร 100,000 คน สาเหตุส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วนลงพุง การสูบบุหรี่ นอกจากนี้ โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะบางประเภทหรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ก็อาจทำให้เกิดลิ่มเลือดที่หัวใจหลุดไปอุดตันที่สมองได้เช่นกัน

ในคนที่อายุน้อยก็เป็นโรคหลอดเลือดสมองได้หรือ ?

ในคนที่อายุน้อยกว่า 45 ปี ก็พบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้เช่นกัน แต่จำนวนน้อยกว่ามาก โดยในแต่ละปีนั้นพบผู้ป่วยประมาณ 2-4 คน ต่อประชากร 100,000 คน และสาเหตุมักจะแตกต่างกันเมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุมากกว่า สาเหตุที่พบบ่อยคือ ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาด ที่พบรองลงมาคือ โรคผนังหัวใจรั่ว และ โรคเลือดแข็งตัวผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ อีกแต่พบน้อยเช่น ติดเชื้อหรือมีการอักเสบที่เส้นเลือด จากยาบางประเภททำให้เส้นเลือดเกิดหดตัว

โรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดคืออะไร ?

โรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดคือ ภาวะที่ผนังด้านในของหลอดเลือดเกิดฉีกขาด ทำให้เลือดแทรกตัวเข้าไปในผนังหลอดเลือด เป็นผลให้ไปกดเบียดทางเดินเลือดปกติให้ตีบแคบลง อุดตัน และทำให้

ความแข็งแรงของผนังหลอดเลือดลดลง จนบางครั้งทนแรงดันเลือดไม่ได้ จนเกิดโป่งพองหรือแตกได้

สาเหตุของโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดคืออะไร ?

ตำแหน่งหลอดเลือดที่พบฉีกขาดได้บ่อยคือบริเวณหลอดเลือดที่คอ โดยสาเหตุยังไม่ทราบเป็นที่แน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับประวัติอุบัติเหตุ ถ้าอุบัติเหตุรุนแรงก็จะมีอาการของสมองขาดเลือดทันที แต่ส่วนใหญ่มักเป็นแบบอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรงมากกว่า เช่น เล่นกีฬา ขยับคอผิดท่า ไอแรง ๆ ซึ่งทำให้เกิดการแหงนหน้า หมุนคอ หรือบิดคอ ประวัติบีบนวดแรง ๆ ที่คอ แต่ก็มีคนไข้บางคนที่ไม่มีประวัติข้างต้น ทำให้ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน

อาการของโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดเป็นอย่างไร ?

อาการนั้นขึ้นกับตำแหน่งของหลอดเลือดที่เกิดปัญหา บริเวณที่พบบ่อยที่สุดคือ บริเวณคอด้านหน้า หลอดเลือดแดงแคโรติด อาการที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะครึ่งซีกโดยเฉพาะด้านหน้า ปวดคอ หนังตาตกหรือตามัวข้างเดียวกับที่ปวดศีรษะ ต่อมาค่อยมีอาการเกี่ยวกับสมอง เช่น แขนขาชาหรืออ่อนแรงครึ่งซีกด้านตรงข้ามกับที่ปวดศีรษะ ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หรือภาษาผิดปกติ

บริเวณที่พบรองลงมาคือบริเวณคอด้านหลัง หลอดเลือดแดงเวอร์ทีบรอล อาการที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะโดยเฉพาะด้านหลัง ปวดคอ ต่อมาค่อยมีอาการเกี่ยวกับสมองเช่น เวียนศีรษะ เดินเซ ภาพซ้อน มองไม่เห็นครึ่งซีก พูดไม่ชัด

นอกจากที่คอก็มีหลอดเลือดในสมองที่เกิดฉีกขาดได้เช่นกัน ซึ่งบางตำแหน่งก็มีความอันตรายมากเช่นบริเวณก้านสมอง ซึ่งอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงมาก แต่ไม่ว่าจะเป็นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเส้นไหนหากบริเวณสมองที่ขาดเลือดมีขนาดใหญ่ คนไข้อาจซึมลงหมดสติหรือโคม่าได้

หากมีอาการเช่นไรควรรีบไปพบแพทย์ ?

ถ้ามีอาการที่สงสัยเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองควรรีบไปพบแพทย์ทันที เช่น ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ออกหรือไม่เป็นภาษาหรือฟังไม่เข้าใจภาษา แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก ชาครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ เช่น มองไม่เห็นภาพแหว่ง หรือภาพซ้อน เวียนศีรษะ เดินเซทรงตัวไม่ได้ บางคนมีอาการเตือนนำมาก่อนซึ่งมีอาการชั่วคราวแล้วหายไปเอง หรือที่เรียกว่า สมองขาดเลือดชั่วคราว ก็ควรรีบไปพบแพทย์เช่นกัน เพราะอาจเกิดอาการซ้ำอีกหากไม่ได้รับการรักษา

แพทย์วินิจฉัยโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดได้อย่างไร ?

ประวัติอาการผิดปกติที่ได้กล่าวไปข้างต้น การตรวจร่างกาย การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือเอมอาร์ไอสมอง การตรวจอัลตราซาวน์เส้นเลือด

การรักษาโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดทำอย่างไร ?

การรักษาโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาด ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด การสวนหลอดเลือดเพื่อนำลิ่มเลือดที่อุดตันเส้นเลือดออก เป็นการรักษาในช่วงแรกซึ่งมีข้อจำกัดหลายอย่าง ทั้งเวลา ตำแหน่ง ความรุนแรงของโรค สภาวะคนไข้ โรคประจำตัวอื่น ๆ

หลังจากนั้นให้ยาป้องกันหลอดเลือดอุดตัน หรือในบางกรณีการทำบอลลูนและใส่ขดลวดขยายเส้นเลือดที่ตีบหรือตัน

การรักษาอื่น ๆ เป็นการฟื้นฟูสมองส่วนที่เสียหาย โดยการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด รวมถึงควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นที่อาจเกี่ยวข้อง

ผลของการรักษาโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดเป็นอย่างไร ?

ผลการรักษาโรคนี้ขึ้นกับหลายปัจจัยเช่น ส่วนใหญ่ถ้าตำแหน่งของหลอดเลือดที่ฉีกขาดอยู่ที่คอ ผลการรักษาจะดีกว่าในหลอดเลือดสมองฉีกขาด บริเวณสมองที่ขาดเลือดขนาดเล็ก การรักษาได้ผลดีกว่าสมองขาดเลือดที่มีขนาดใหญ่

ภาวะแทรกซ้อนของโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาดมีอะไรบ้าง ?

อาการด้านสมองอื่น ๆ ขึ้นกับบริเวณสมองที่เลือดไปเลี้ยงไม่พอ โดยอาจทำให้เกิดอาการเหล่านี้ตามมาในภายหลังเช่น ความจำแย่ลง อารมณ์ผิดปกติ เช่น ซึมเศร้า การควบคุมปัสสาวะผิดปกติ ความปวดหรือกล้ามเนื้อเกร็ง

การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองฉีกขาด ?

- กินยาตามแพทย์แนะนำอย่างสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา หรือถ้าจำเป็นต้องหยุดยาให้ปรึกษาแพทย์ก่อนเสมอ เพราะถ้าขาดยาอาจเกิดโรคเส้นเลือดสมองซ้ำได้
- ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด
- หลีกเลี่ยงการทำให้หลอดเลือดฉีกขาดซ้ำอีก ให้ระวังเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวที่คอ และห้ามนวดบริเวณคอ
- พบแพทย์ตามนัด ไม่ควรซื้อยากินเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์

เอกสารอ้างอิง

1. Debette S, Leys D. Cervical-artery dissections: predisposing factors, diagnosis, and outcome. Lancet Neurol 2009;8:668–78.
2. Jos M Ferro, Ayrton R Massaro, Jean-Louis Mas. Aetiological diagnosis of ischaemic stroke in young adults. Lancet Neurol 2010;9:1085–96.

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความผิดปกติทางการพูด

คุณสิริรัตน์ ประยูรพีรพุฒิ

โรคหลอดเลือดสมองอาจก่อให้เกิดความผิดปกติทางด้านภาษาและการพูด บางรายอาจมีความรุนแรงจนพูดไม่ได้ หรือฟังคำพูดไม่เข้าใจ หรือทั้งสองอย่างรวมกัน แต่ในบางรายมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยอาจมีเพียงการพูดไม่ชัด หรือการนึกคำพูดลำบากแม้จะเป็นคำพูดที่ใช้บ่อย ความผิดปกติทางด้านภาษาและการพูดจะมีลักษณะและความรุนแรงต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่ถูกทำลายไป ระดับความรุนแรง และความสามารถของผู้ป่วยที่มีอยู่เดิม

ประเภทความผิดปกติของการสื่อความหมายที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท

ความผิดปกติของการสื่อความหมายที่พบได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านภาษา (อะเฟเซีย: Aphasia) และความผิดปกติด้านการควบคุมการพูด (Motor Speech Disorders)

1. ความผิดปกติทางด้านภาษา หรือเรียกว่า อะเฟเซีย (Aphasia) เป็นความบกพร่องทางภาษาที่เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนที่ควบคุมภาษา ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางภาษาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกัน เช่นมีความผิดปกติของการพูด การอ่าน การฟัง การเขียน โดยความรุนแรงในแต่ละด้านอาจไม่เท่ากัน ซึ่งเราสามารถแบ่งประเภทของอะเฟเซียได้เป็น

4 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

- **อะเฟเซียที่มีปัญหาด้านความเข้าใจภาษา** (Wernicke's Aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการฟังเข้าใจคำพูด โดยผู้ป่วยไม่สามารถทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้ พูดโต้ตอบไม่ตรงกับเรื่องที่พูด พูดตามไม่ได้เนื่องจากไม่เข้าใจ ลักษณะการพูดออกเสียงผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพูดได้คล่อง พูดชัด ด้านการอ่านการเขียนก็มีปัญหาบ้างตามความรุนแรง
- **อะเฟเซียที่มีปัญหาด้านการแสดงออกทางภาษา** (Motor Aphasia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการพูด โดยผู้ป่วยสามารถเข้าใจคำพูดแต่ไม่สามารถบอกความต้องการตัวเองและพูดคุยได้ มีปัญหาการนึกคำศัพท์ พูดไม่คล่อง พูดสั้น ๆ บางครั้งจะมีการพูดไม่ชัดร่วมด้วยซึ่งเกิดจากโปรแกรมในการควบคุมการพูดผิดปกติ
- **อะเฟเซียที่มีปัญหาในการนึกคำศัพท์** (Anomic Aphasia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาในการนึกคำลำบาก ผู้ป่วยสามารถพูดได้คล่องชัดเจนแต่จะพูดอ้อมค้อมถึงสิ่งที่ต้องการ เช่น ใช้ "สิ่งที่เอาไว้เขียน" แทนคำว่า "ปากกา"
- **อะเฟเซียที่มีปัญหาทั้งด้านการฟังเข้าใจภาษาและการแสดงออกทางภาษา** (Global Aphasia) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งสองด้าน

2. ความผิดปกติในด้านการควบคุมการพูด (Motor Speech Disorders) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- **การควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ** (Dysarthria) ผู้ป่วยจะมีปัญหาในการพูดไม่ชัดเนื่องจากมีอาการอ่อนแรง หรือมีความตึงตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการออกเสียง
- **การควบคุมโปรแกรมการพูดผิดปกติ** (Apraxia of Speech)

เป็นการพูดไม่ชัดที่เกิดจากความผิดปกติในโปรแกรมการพูด ผู้ป่วยจะพยายามจัดรูปปากเพื่อให้การวางตำแหน่งของอวัยวะที่ใช้ในการพูดถูกต้อง ผู้ป่วยจะมีอาการพูดติด พูดไม่คล่อง พูดไม่ชัดเสียงเพี้ยนแบบไม่แน่นอน ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่าการพูดผิดปกติแต่ไม่สามารถแก้ไขเองได้ และไม่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

การประเมินความสามารถทางภาษาและการพูดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. **การซักประวัติ** เพื่อให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการรักษา
2. **การตรวจประเมิน**
   - ในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะมีการประเมินแบบคัดกรอง และการประเมินโดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน
   - การประเมินแบบคัดกรอง เราจะดูความสามารถในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยดังนี้

     2.1 การประเมินด้านความเข้าใจภาษา โดยการให้ผู้ป่วยทำตามคำสั่งง่ายๆ
       - การยกมือ การชี้อวัยวะ
       - การเลือกหยิบภาพตามคำสั่ง
       - การตอบคำถาม ใช่/ไม่ใช่ เช่น คุณชื่อสมศักดิ์ใช่หรือไม่ คุณทานอาหารเช้าแล้วใช่หรือไม่

     2.2 การประเมินด้านการแสดงออกทางภาษา
       - ถ้าผู้ป่วยสามารถออกเสียงได้บ้าง เราจะประเมินโดยการให้บอกชื่อตัวเอง ที่อยู่ ให้ดูภาพและบอกชื่อภาพที่เห็น

- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถออกเสียงได้ เราจะลองให้ผู้ป่วยพูดตามเสียงง่าย ๆ เช่น อา อู หรือการนับเลข เพราะในผู้ป่วยบางรายสามารถพูดสิ่งที่เป็นลำดับได้

2.3 ประเมินเรื่องการพูดตาม โดยให้พูดตามคำ ประโยค

2.4 ประเมินการอ่าน โดยให้ผู้ป่วยอ่านคำศัพท์ หรือ อ่านคำแล้วทำตามคำสั่ง

2.5 ประเมินการเขียน โดยให้ผู้ป่วยเขียนชื่อตัวเอง นามสกุล ที่อยู่

2.6 ประเมินการเคลื่อนไหวอวัยวะที่ใช้ในการออกเสียง เช่น อ้าปาก ห่อปาก แลบลิ้น การขยับปลายลิ้นไปแตะริมฝีปากบน

แนวทางในการกระตุ้นความสามารถทางภาษาและการสื่อสารในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในการกระตุ้นความสามารถทางภาษาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองนั้น หลังจากที่เราได้ประเมินปัญหาผู้ป่วยแล้วก็จะวางแนวทางในการกระตุ้น ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับความรุนแรงประเภทของปัญหาที่พบในผู้ป่วย โดยเราพอสรุปได้ดังนี้

1. การกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาในด้านการรับรู้ภาษา (Wernicke's Aphasia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านความเข้าใจภาษา ซึ่งในการสื่อสารกับผู้ป่วยควรใช้ประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย บางครั้งอาจต้องใช้ ภาพ หรือ สิ่งของเพื่อช่วยในการสื่อความหมาย

แนวทางการกระตุ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้คือเราฝึกในเรื่องความเข้าใจภาษา

- การตอบคำถาม ใช่/ไม่ใช่ เช่น คุณชื่อสมศักดิ์ใช่ไหม, ชี้ไปที่โทรทัศน์ แล้วถามว่า นั่นโทรทัศน์ใช่ไหม

- การฝึกทำตามคำสั่ง เช่น ยกมือ โดยผู้ฝึกพูดแล้วช่วยจับมือผู้ป่วยยก เพื่อแนะก่อน หรือการให้หยิบของตามสั่ง



- กระตุ้นการสื่อสารในชีวิตประจำวันโดยใช้สถานการณ์ขณะนั้นมาช่วย

2. การกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการแสดงออกทางภาษา (Motor Aphasia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านการออกเสียง การบอกคำศัพท์ ขึ้นกับความรุนแรง ซึ่งในการสื่อสารกับผู้ป่วยในช่วงแรกจะใช้ประโยคง่ายสั้น และเป็นคำถามที่ผู้ป่วยพอจะตอบได้สั้น ๆ หรืออาจมีตัวเลือกให้เพื่อช่วยในการนึกคำ

แนวทางในการกระตุ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้คือเราเน้นการกระตุ้นการนึกคำศัพท์

- ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถออกเสียงได้ก็เริ่มฝึกตั้งแต่วิธีการออกเสียง เช่น การเป่า เพื่อกระตุ้นวิธีการผ่อนลมหายใจที่ถูกต้อง การออกเสียง อา อู ง่าย ๆ ก่อน
- กระตุ้นการบอกคำศัพท์ต่างๆ โดยใช้ภาพ หรือสิ่งของ
- กระตุ้นการนึกคำและการสนทนา เช่น การบอกชื่อคน ชื่อสถานที่ การเล่ากิจวัตรต่าง ๆ

3. การกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความเข้าใจและการแสดงออกทางภาษา (Global Aphasia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็มีปัญหาทั้งสองด้าน โดยเราก็จะฝึกตามแนวทางข้างต้น ขึ้นกับระดับความรุนแรง อาจใช้แผ่นภาพเพื่อช่วยสื่อความหมายได้

4. การกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมกล้ามเนื้อในการพูดผิดปกติ (Dysarthria) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ฝึกเรื่องของการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยการบริหาร เช่น

- การออกเสียง อา อู อี, บา บู บี, ลา ลู ลี
- การอ่านหนังสือ การร้องเพลง การสวดมนต์

5. การกระตุ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมโปรแกรมการพูด (Apraxia) ผู้ป่วยจะมีปัญหาการพูดไม่ชัดซึ่งไม่ได้เกิดจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง โดยแนวทางในการกระตุ้นผู้ป่วยกลุ่มนี้คือการฝึกโดยใช้การมองรูปปากเพื่อช่วยในการออกเสียง จะฝึกตั้งแต่ระดับคำ วลี ประโยค

6. การกระตุ้นเรื่องการเขียน เราจะเน้นการเขียนเป็นคำ เช่น เขียนชื่อ นามสกุล ที่อยู่ ชื่อสิ่งของ โดยการแนะบางตัวอักษร จะไม่ฝึกการเขียนเป็นตัวพยัญชนะ ก ข ตามคำบอกเนื่องจากผู้ป่วยมีพัฒนาการทางภาษามาแล้ว

7. การกระตุ้นการอ่าน เราจะฝึกอ่านเป็นคำ วลี ประโยค โดยการแนะ ช่วยสะกดบ้าง



ตีขิม สีปาสเตล ฝีมือจักรพันธุ์ โปษยกฤต

ฟังพับเพียบเรียบร้อย บรรเลง
แสนเสนาะเพราะเพลง เพริศแพร้ว
เพลินฟังซ่านวังเวง หวานวิจิตร จำเรียงงาม
ขิมครางดั่งสายแก้ว กระทบไม้มือพม

วัลลภศรี สดประเสริฐ
๑๕ มีนาคม ๒๕๕๙
รพ. กรุงเทพ

ล้มแล้ว(ต้อง)ลุกเร็ว !

คุณต่วนอิสกันดาร์ ดาโต๊ะมูลียอ

***"น้าสมเป็นไรครับ ??"* เสียงของบอยตะโกนดังลั่น พร้อมวิ่งเข้ามาในรั้วบ้าน** ของน้าสมศรี เพื่อนบ้านวัย 43 ปี ในช่วงเช้าของวันหยุดสดใส อาทิตย์ท้ายเดือนสิงหาคม

เด็กหนุ่มวัย 17 ปี รีบเข้ามาพยุงร่างของสมศรีที่ล้มลงไปโดยที่มือยังจับสายยางฉีดน้ำ ที่เธอกำลังรดน้ำต้นไม้หน้าบ้านเหมือนทุก ๆ วันที่ผ่านมา

"พา...น...น้า...เข้า.." สมศรีพูดตะกุกตะกัก พร้อมทิ้งสายยางฉีดน้ำ และพยายามชี้ไปยังในบ้าน เพื่อจะสื่อสารกับบอยให้รีบพาเข้าบ้าน

"ระวังนะครับน้า..." บอยพยุงร่างของน้า พร้อมตะโกนขอความช่วยเหลือเข้าไปในบ้าน *"ช่วยด้วยครับ น้าสมล้ม"*

ปรากฏร่างของ "ชีวิน" น้องชายของเธอ ที่รีบเข้ามารับช่วงดูแลต่อจากบอย *"บอย เดี๋ยวรบกวนบอยช่วยปิดก๊อกน้ำหน้าบ้านหน่อยนะ เดี๋ยวพี่จัดการเอง"*

"ได้ครับพี่ ..." บอยรีบมุ่งหน้าไปยังก๊อกน้ำหน้าบ้าน พร้อมปิดมัน แต่ยังไม่หายห่วงจึงกลับมาเพื่อรอดูอาการของน้าสมศรีร่วมกับชีวิน

สมศรีพยายามพยุงตัวเอง แต่พบว่าแขนซ้ายของเธออ่อนแรงลงจนไม่สามารถยกขึ้นได้เลย แม้แต่เพียงจะกระดิกนิ้ว เธอได้ยินเสียงหัวใจเริ่มดังถี่ขึ้น เรี่ยวแรงลดถอยลด เหมือนยิ่งพยายามเท่าไร เธอยิ่งสูญเสียความสามารถในการควบคุมมากเท่านั้น ความกลัวเข้ามาครอบคลุมห้วงความรู้สึกมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามคำเชิญของความวิตกกังวลที่คอยเปิดประตูอยู่ก่อนหน้าเพียงไม่กี่นาน

ใบหน้าของสมศรีซีดเผือกเพราะตกใจ และไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับตัวเอง

เมื่อเช้าสมศรีและพลอยหลานรักยังสนุกกับการผัดข้าวผัดปูแสนอร่อยให้น้องชายและคุณพ่อที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดในสมองแตก ที่เธอรับท่านมาดูแลจากจังหวัดสงขลาเมื่อสองปีก่อน

"ช...ช...ชี...วิ.." เธอพยายามส่งเสียงพูดกับน้องชาย

"หนูว่ารีบพาไปโรงพยาบาลเลยดีกว่า ไม่รู้ว่าเป็นอะไร น้าชีวินเอาไปเลยสิ !" พลอยรีบเสนอความเห็น

"พี่ไปเอากุญแจรถก่อนฝากพยุงตัวน้าก่อนนะ" ชีวินพยุงร่างพี่สาวมอบให้บอย แล้วรีบวิ่งไปเอากุญแจรถทันที

"พลอยอยู่บ้านนี่แหละ เฝ้าตาไว้...พี่พาน้าสมไปกับบอยเอง" ชีวินทิ้งท้ายสั่งไว้อย่างรวดเร็ว

ไม่กี่วินาที ก็ได้ยินเสียงรถติดเครื่อง พร้อมสามชีวิตที่มุ่งไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดเดิมของสมศรี เธอเคยเป็นเจ้าหน้าที่รังสีที่โรงพยาบาลแห่งนี้มากว่ายี่สิบปี เธอภูมิใจกับเกียรติประวัติที่ได้รับจากการทุ่มเทชีวิตไปกับการทำงาน และมักพูดกับคนรอบข้างเสมอว่า หากมีใครเจ็บไข้ได้ป่วยก็ขอให้ไปโรงพยาบาลนี้ที่เธอเคยทำงานอยู่เป็นประจำ

รถจอดเทียบหน้าหน้าแผนกฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่รีบพาเธอไปตรวจร่างกายฉุกเฉินเบื้องต้น พร้อมรายงานไปยังแพทย์เฉพาะทางด้านสมองหลังจากที่ประเมินอาการแล้วว่าเธอประสบภาวะโรคเส้นเลือดในสมองอุดตัน

เพียงครึ่งชั่วโมงหลังจากที่เข้าห้องฉุกเฉิน แพทย์เฉพาะทางก็ได้นำเธอเข้าสแกนสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าหรือ MRI และตรวจสอบสภาวะของเส้นเลือดดำอีกทางหนึ่งด้วย

ชีวินและบอย รอคอยผลการตรวจของพี่สาวอย่างใจจดใจจ่อราวกับเป็นผลสอบวัดผลชีวิตที่ไม่ต่างอะไรกับความมั่นคงของครอบครัว

ผลการตรวจและการรักษาครั้งนี้หากจะว่าไป ก็นับเป็นเรื่องราวที่สร้างความหนักอกหนักใจมากที่สุดสำหรับชีวิน ด้วยที่สมศรี พี่สาวคนเดียวของชีวินคือเสาหลักของครอบครัวอย่างปฏิเสธไม่ได้ การที่เสาหลักล้มครืนต่อหน้าต่อตาเมื่อเช้านี้ ส่งผลให้กำลังใจของครอบครัวสะเทือนอย่างรุนแรง จนกล่าวได้อีกทางหนึ่งว่าการรักษาของคุณหมอครั้งนี้เป็นเสมือนกับการปักความมั่นคงให้กลับคืนมาสู่ครอบครัวได้อีกครั้ง และชีวินเชื่อมาเสมอว่า "มันจะต้องกลับคืนมาแน่ ๆ"

ส่วน "บอย" แม้ว่าจะเป็นหนุ่มน้อยเพื่อนบ้าน แต่ก็ผูกพันกับบ้านของน้าสมศรีอย่างมาก น้าสมศรีก็เคยเลี้ยงดูบอยเด็ก ๆ ด้วยคราวที่พ่อแม่ของบอยติดธุระ ก็จะนำบอยมาฝากให้น้าสมศรีเลี้ยงไว้เป็นประจำ ส่วนกับชีวินก็คุ้นเคยกัน ด้วยความที่ชีวินมักจะพาบอยออกไปเล่นฟุตบอลด้วยกันอยู่บ่อย ๆ บอยเลยเปรียบเสมือนญาติที่อาศัยข้างเคียงบ้าน และคอยเกื้อกูลช่วยเหลือกันตลอดมา

"เชิญญาติคุณสมศรีด้วยค่ะ" พยาบาลเดินมาเรียกให้สองชีวิตเดินไปหาแพทย์ที่รอบอกผลอยู่ในห้อง

"สวัสดีครับคุณหมอ" ชีวินกล่าวทักทายพร้อมพนมมือไหว้ร่วมกับบอย

"เชิญครับ นั่งก่อน" แพทย์ผายมือเชิญทั้งสองลงนั่ง

"ผลการตรวจสแกนสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบว่าหลอดเลือดดำอุดตันถึงสามเส้นด้วยกัน" แพทย์แจ้งผลพร้อมชี้ตำแหน่งในจอคอมพิวเตอร์ในทั้งสองได้รับทราบ

"น่าจะเป็นจากการทานฮอร์โมนมานาน ต้องหยุดไปเลย"

"หมอจะรักษาอย่างไรหรือครับ ?" ชีวินถามแพทย์ด้วยความหวัง

"อย่างแรกหมอขอชื่นชมเลยนะครับ ว่าคุณพาคนไข้เข้ามาที่โรงพยาบาลได้เร็ว ซึ่งกลายเป็นผลดีกับคนไข้ไปในตัว เนื่องจากอาการผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดในสมองตีบนี้ เวลาเป็นสิ่งสำคัญ หากเกิดอาการอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หรือไม่ถนัด ไม่เป็นคำ ก็ต้องรีบพามาโรงพยาบาล ดังนั้นในกรณีของผู้ป่วยนี้ คุณได้พามาทันท่วงที หมอจึงเบาใจในการรักษาไปเยอะ" แพทย์กล่าวพร้อมรอยยิ้มที่ทำให้บรรยากาศในห้องฟังผลดูผ่อนคลายลง

"ทีนี้ช่วงที่ผมพบผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ผมได้ให้ยาแล้วผู้ป่วยดีขึ้น แขนซ้ายที่อ่อนแรงสามารถสู้แรงผมได้เหมือนปกติหลังจากได้ยาประมาณยี่สิบนาที ก็โชคดีมากนะ หมอเองก็แปลกใจ มันเหมือนมายากลเลย อย่างไรก็ตามเพื่อความปลอดภัยและสบายใจสำหรับเราทุกคน ผมจะให้ผู้ป่วยนอนดูอาการในห้องไอซียูก่อนซักหนึ่งวัน แล้วคอยดูว่ามีอะไรแทรกซ้อนไหม หากไม่มีอะไร ก็จะย้ายเข้าห้องผู้ป่วยปกตินะครับ" แพทย์อธิบายแผนการรักษาโดยทันที

"ขอบคุณคุณหมอมากนะครับ" ชีวินกล่าวตอบอย่างสบายใจ

"ด้วยความยินดีครับ งั้นเราไปเยี่ยมคนไข้ด้วยกันเลยดีกว่านะ" แพทย์รับไหว้พร้อมตอบแกมรอยยิ้ม และลุกขึ้นเดินนำทั้งสองชายไปยังสมศรีเสาหลักของครอบครัวที่เริ่มกลับมาแข็งแกร่งอีกครั้ง

ช่วงเวลาไม่นาน ทั้งสามชีวิตก็พบหน้าผู้ป่วยที่ฟื้นขึ้นมา พร้อมบรรดาเหล่าเพื่อนเก่าที่เคยร่วมงาน ต่างพร้อมเพรียงกันมาเยี่ยมอาการสมศรีที่เริ่มดีขึ้นมากขึ้นเรื่อย ๆ

"สวัสดีครับ เป็นไงบ้างครับ ดีขึ้นไหม ?" แพทย์ถามสมศรี

"ดีขึ้นแล้วค่ะ" สมศรีตอบได้อย่างเป็นปกติ

แพทย์มองไปยังสมศรีด้วยสีหน้าที่เบิกบานให้ชีวินและบอยรู้สึกได้ถึงความโล่งอก สบายใจ ที่เห็นสมศรีมีอาการที่ดีขึ้นมากกว่าที่เกิดขึ้นเมื่อเช้านี้อย่างมาก

"โชคดีนะครับ ที่คุณสมศรีมีน้องชายดี พามาทันเวลา เราเลยรักษากันทันท่วงที หากไม่อย่างนั้นละก็จะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอัมพาต หนักกว่านี้ก็อาจจะต้องผ่าตัดใหญ่เลยทีเดียว ยังไงก็ตามหากคุณสมศรีปวดหัวหนักเหมือนสองสัปดาห์ก่อน ไม่ควรนิ่งนอนใจนะครับ พามาให้หมอได้ตรวจดูจะได้สบายใจกันทั้งทุกฝ่ายนะครับ" แพทย์กล่าวชมและแนะนำสมศรีให้ระวังในสัญญาณอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นได้

"ค่ะ คุณหมอ ขอบคุณมากค่ะ" สมศรีพนมมือไหว้

"เฮ้อ.....ผ่านมาได้ดีแบบนี้ ผมก็สบายใจ ปาฏิหาริย์ชัด ๆ น้าสมมีของหรือเปล่าเนี่ยะ ?" บอยกล่าวติดตลกอย่างอารมณ์ดี เรียกเสียงหัวเราะจากคนรอบกายสมศรีได้อย่างครื้นเครง

ชีวินฝากพี่สาวตนเองให้กับเพื่อน ๆ พยาบาลดูแลสักครู่ ก่อนที่จะขออนุญาตเดินทางไปส่งบอยกลับบ้าน หลังจากที่ร่วมผ่านวิกฤตชีวิตมาด้วยกันทั้งวัน

ระหว่างอยู่ในรถท่ามกลางสายฝนในมหานครสยาม ชีวินก็เล่าให้บอยได้ฟังถึงความกล้าหาญของน้าสมศรี

"บอยรู้ไหมว่าน้าสมนี่เขาใจแกร่งนะ สองปีก่อนน้ากลับไปเยี่ยมพ่อที่บ้านกับน้าสมที่สงขลา แกเห็นพ่อไม่ค่อยสบายตัว ก็อาสาดูแลพ่อ จนสุดท้ายตอนกลับน้าสมก็ตัดสินใจพาพ่อกลับมาด้วยกันเลย"

"ครับ คุณลุงที่บ้านอะนะครับ" บอยทัก

"ช่าย ช่าย ลุงเลยพาพลอยมาอีกคน อย่างน้อยก็ได้ดูแล ให้เรียนที่กรุงเทพด้วย" ชีวินกล่าวตอบ

"แล้วคุณลุงเป็นอะไรหรือ ถึงทำให้น้าสมต้องพามาอยู่ด้วยกันที่กรุงเทพฯ ทันทีเลย?" บอยถาม

"ไม่น่าเชื่อนะ...ว่าจะเป็นสโตรกเหมือนน้าสมนี่แหละ" ชีวินกล่าวตอบ

ชีวินไม่อยากให้บรรยากาศในรถแลดูเศร้าไป จึงพูดต่อว่า

"พอลุงและพลอยมาอยู่ด้วยกันที่กรุงเทพฯ น้าสมเขาดูแลคุณลุงได้ดีมากเลยนะ จนตอนนี้พี่ก็ไม่เชื่อเลยว่าคุณพ่อพี่เป็นสโตรก ตอนนี้พ่อพี่ก็เหมือนปกติทั่วไป แต่ที่ดีใจคือท่านจะชอบทานอาหารที่น้าสมทำมาก วันไหนไม่ได้ทานหรือหิวขึ้นมา ก็จะบ่นใหญ่เลย ส่วนพลอยน้าสมก็ส่งเสียให้ได้เรียนต่อ"

"อ้าว...แล้วช่วงนี้ที่น้าสมอยู่โรงพยาบาลล่ะ พี่จะทำกับข้าวให้ลุงทานแทนหรอ" บอยถามแซว

"คงไม่ผ่านมั้ง ฝีมือพี่ทำไปพ่อคงยิ่งบ่น" ชีวินตอบติดตลกก่อนที่จะกล่าวต่อว่า

"ไม่เป็นไรหรอก ให้พลอยทำแก้ขัดไปก่อน ถ้าคุณลุงไม่อร่อยยังไงพี่คงจะยกครัวมาตั้งในโรงพยาบาลให้น้าสมเขาทำกับข้าว จากนั้นให้บอยมารับส่งข้าวให้คุณลุง, แบบนี้ดีไหม ?" ชีวินตอบพร้อมเสียงหัวเราะของทั้งสองคน

"แต่ผมว่าคุณลุงคงไม่รอนานหรอก และพี่ไม่ต้องยกครัวไปให้น้าสมเขาลำบากเลย เมื่อกี้พี่จำไม่ได้หรอที่หมอบอกว่าเราพาน้าสมมาทันเวลาทำให้การรักษามันทันท่วงที แถมยังฟื้นตัวเร็วอีกต่างหาก" บอยพูดต่อ

"พี่ก็หวังอย่างนั้นนะ แต่ก็ดีใจที่เห็นน้าสมมีกำลังใจที่ดี เพื่อน ๆ มากันเยอะ พี่ก็คลายกังวลไปมาก" ชีวินเห็นด้วยตามที่บอยกล่าว

ไม่กี่อึดใจ ทั้งสองคนก็มาถึงบ้านแดนรังสิต

"ขอบใจมากนะบอย ไม่ได้น้องวันนี้คงจะลำบากน่าดู" ชีวินกล่าวขอบใจน้องบอยที่สละเวลาเป็นธุระให้ทั้งวัน

"ไม่เป็นไรพี่ เราครอบครัวเดียวกัน มีอะไรก็ช่วยเหลือกันอยู่แล้วครับ" บอยกล่าวตอบพร้อมเปิดประตูรถ และขอตัวกลับบ้าน

ยังไม่ทันที่รถจะจอดสนิท เสียงตะโกนถามจากคุณพ่อที่รออย่างห่วงใยในบ้านก็ดังขึ้นมา

"ไอ้สมเป็นยังไงบ้างล่ะ ?" คำถามที่เต็มไปด้วยความวิตกส่งมาถึงชีวิน

"เกือบไปครับ ...ดีที่พาไปโรงพยาบาลเร็ว ตอนนี้หมอให้นอนดูอาการใน ICU สักระยะ เดี๋ยวก็กลับแล้วครับพ่อ" ชีวินตอบเพื่อคลายกังวลคุณพ่อ

"พี่สมเขาหลอดเลือดดำอุดตันในสมองครับ แต่ไม่หนักอะไรมากก่อนผมกลับมา พี่สมเขายังหัวเราะ พูดคุยเหมือนปกติกับเพื่อน ๆ เขาในโรงพยาบาลเลย" ชีวินตอบ

"แล้วชีวินจะไปหาสมเมื่อไรล่ะ พ่อว่าจะไปด้วย ?" พ่อถาม

"พ่ออยู่บ้านนี่แหละดีแล้ว เดี๋ยวผมว่าจะไปพรุ่งนี้ทีเดียวเลย พ่อไม่ต้องห่วงนะครับ" ชีวินกล่าวตอบพร้อมขอตัวไปอาบน้ำ

วันต่อมา ชีวินขับรถออกจากบ้านไปยังโรงพยาบาล ไม่นานนักหลังจากนั้นเมื่อชีวินมาถึงเตียงผู้ป่วยซึ่งเป็นพี่สาวเสาหลักของครอบครัวหลับอยู่ น้ำตาลูกผู้ชายของชีวินก็ไหลออกมาโดยไม่รู้ตัว

"แกร้องไห้ทำไม ชีวิน ?" สมศรีที่ตื่นมาถามอย่างสงสัย

"ออ ไม่ครับ ไม่มีอะไร" ชีวินตอบพร้อมเอามือปาดน้ำตาออก

"อย่าเครียดไป พี่ยังแข็งแรง ปกติดี" สมศรีกล่าวให้สติ

"ผม...ก็แค่นึกกลัวว่าหากพี่เป็นอะไรไป ครอบครัวเราคงลำบาก" ชีวินกล่าวด้วยความกังวล

"อย่าตีตนไปก่อนไข้เลย...การที่พี่ได้มาอยู่โรงพยาบาลนี่ได้บทเรียนที่มีค่ามากเลย" สมศรีกล่าวตอบ

"ยังไงหรอพี่ ?" ชีวินถามทัก

"ครอบครัวไง...บ้านเราดูแลกันดีมากนะ พี่ว่าถึงมีปัญหาอะไร เราก็จะผ่านมาได้ดีอยู่แล้ว" สมศรีพูดก่อนจะกล่าวต่อว่า

"หมอก็ดี๊ดี รักษาได้ค่อนข้างเร็ว เพราะเรามาเร็วด้วยแหละ พี่รู้เลยว่าการตัดสินใจเมื่อวานที่ให้มาโรงพยาบาลทันทีนั้นมีค่ามาก เพราะถ้าช้าไปพี่คงไม่ได้มาพล่ามอะไรแบบนี้ก็ได้ หรือไม่ก็เป็นผักไปแล้ว มาที่นี่ก็ดีอย่างได้เจอเพื่อนที่ไม่ได้เจอกันมานานอีกด้วย" สมศรีกล่าวพร้อมหัวเราะร่วนรอยยิ้มเบิกร่า

"แล้วพี่จะได้กลับบ้านเมื่อไร พ่อที่บ้านคิดถึงบ่นแย่แล้ว" ชีวินถาม

"อืม...หมอมาบอกพี่แล้วว่า พี่จะได้ย้ายไปวอร์ดธรรมดาวันนี้ และอาจจะกลับบ้านมะรืนนี้แล้ว" สมศรีแจ้งให้ทราบ

"หรือครับพี่...งั้นก็ดีเลย แล้วหมอบอกอะไรอีกบ้างล่ะ ?" ชีวินถามต่อ

"ก็ไม่มีอะไร พยายามอย่าเครียดอะไรมาก ทานยาให้ครบ ออกกำลังกายบ่อย ๆ แล้วมาตามนัดที่หมอสั่ง" สมศรีกล่าวตอบ

ไม่กี่วันต่อมาสมศรีก็กลับมารดน้ำต้นไม้ต้นเดิมอีกครั้ง แต่เป็นครั้งที่ประสบการณ์ชีวิตผลิดอกออกผลเป็นบทเรียนที่เปี่ยมไปด้วยคุณค่ามากมาย ชีวิตที่มีค่าทุกวินาทีเป็นสิ่งที่ละเลยไม่ได้เลย เวลาแม้จะผ่านไปอย่างสม่ำเสมอทุกวินาที แต่ในทุกวินาทีนั้นคือความหมายของชีวิต

สมศรีผ่านเรื่องราวมามากมาย แต่บทเรียนที่มีฝังใจ ณ วินาทีที่ตนเองล้มลงไปกลางสนามหญ้าหน้าบ้านในเช้าของวันนั้น ทำให้หลาย ๆ คนได้ตระหนักถึงสุขภาพของตนที่มีค่ามากมายเหลืออนันต์

สมศรีเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันได้อย่างสร้างสรรค์ เธอมักจะพาคุณพ่อไปออกกำลังกายและจบด้วยการรดน้ำต้นไม้ทีละต้น ทีละต้นด้วยกันทุกเช้าที่สนามหญ้าหน้าบ้าน จากนั้นเธอจะกลับมาทำกับข้าวให้คุณพ่อทานเหมือนปกติ อ่านหนังสือให้ท่านฟัง และนอนหลับให้เพียงพอ

ส่วนชีวิน ก็จะพาครอบครัวไปเที่ยวต่างจังหวัดในทุก ๆ เดือน เพื่อผ่อนคลายและสร้างกิจกรรมภายในครอบครัวเพื่อใช้เวลาร่วมกันมากขึ้น

พลอยก็พัฒนาตนเองด้วยการตั้งใจเรียน เรียนรู้ในการทำกับข้าว ทำงานบ้านจากน้าสมศรี เพื่อที่จะแบ่งเบาภาระและยังถือเป็นการใช้เวลาร่วมกันทั้งครอบครัวอีกด้วย

การล้มของสมศรีครั้งนั้น สร้างมหัศจรรย์การลุกของครอบครัวในครั้งนี้

ปัจจุบันสมศรีใช้ชีวิตอย่างสงบในมหานครใหญ่ ความสามารถในการดูแลสุขภาพของเธอเพิ่มขึ้นอย่างมาก เพราะเธอสามารถซึมซับวิธีการดูแลผู้สูงอายุมาปรับใช้กับการดูแลสุขภาพของเธอได้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

หลอดเลือดดำในสมองอุดตัน

พญ. จิตปภา พงศ์มรกต

โรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน คือ ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำหรือ โพรงไซนัสเลือดดำในสมอง โรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย พบได้ 0.5-1%[1] ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด หรือ 3-5 ราย ต่อประชากร 1 ล้านคน ต่อปี[1] อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยพบอุบัติการณ์ของโรคนี้มากขึ้น จากการศึกษาของ Ferro et al[2] พบว่าเกือบร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตันอายุน้อยกว่า 50 ปี และ ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเป็นผู้หญิง[2] นอกจากนั้นยังพบว่า 5% ของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในสมองในคนอายุน้อย มีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน[3]

พยาธิกำเนิดโรค

หลอดเลือดดำและโพรงไซนัสเลือดดำ มีหน้าที่รับเลือดจากหลอดเลือดแดงและน้ำไขสันหลังหมุนเวียนกลับสู่หัวใจ ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดดำอุดตันทำให้มีการตายและบวมของของเซลล์ประสาทสมอง ในบางครั้งอาจพบเลือดออกร่วมด้วย ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท ในกรณีที่มีโพรงไซนัสเลือดดำอุดตันก็จะทำให้เลือดและน้ำไขสันหลังไม่สามารถหมุนเวียนกลับสู่หัวใจก่อให้เกิดการเพิ่มขึ้นของแรงดันในกะโหลกศีรษะ รวมถึงการตายของเซลล์ประสาทสมองได้[1]

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน ได้แก่ โรคเลือดแข็งตัวง่าย (Inherited or Acquired Prothrombotic Conditions) พบได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตัน[2] เช่น Protein C, S, Antithrombin III

Deciency, Prothrombin G20210A Mutation, Factor V Leiden, Hyperhomocysteinemia, Antiphospholipid Syndrome, Nephrotic Syndrome เป็นต้น สาเหตุอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค ได้แก่ ภาวะการตั้งครรภ์ ภาวะหลังคลอด การรับประทานยาคุมกำเนิด การใช้ฮอร์โมน การติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมอง หรือ ไซนัส โรคทางโลหิตวิทยา เช่น Polycythemia Vera, Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria, Thrombotic Thrombocytopenic Purpura, Anemia เนื้องอกในสมอง มะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เช่น Systemic Lupus Erythomatosus (SLE), Wegener's Granulomatosis, Sarcoidosis, Inflammatory Bowel Disease, Behcet's Syndrome, การขาดน้ำ การได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ การได้รับบาดเจ็บ หรือ การทำหัตถการหลอดเลือดดำที่ศีรษะและคอ เป็นต้น[1,2]

จากการศึกษาพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน พบสาเหตุของโรคมากกว่า 1 สาเหตุ จึงเป็นข้อแนะนำว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติ เช่น การใช้ยาคุมกำเนิด หรือ ตั้งครรภ์ ก็ควรจะได้รับการตรวจหาสาเหตุอย่างอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะ กลุ่มโรคเลือดแข็งตัวได้ง่าย[2]

การตรวจหาสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงของโรคจะมีส่วนช่วยในการวางแผนการรักษา เช่น ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีโรคเลือดแข็งตัวง่าย เช่น Protein C, S, Antithrombin III Deciency, Prothrombin G20210A Mutation, Factor V Leiden, Hyperhomocysteinemia, Antiphospholipid Syndrome ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างต่อเนื่อง (Anticoagulant เช่น Warfarin หรือ Coumadin) เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ[4]

อาการแสดงของโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน

ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน มักแสดงอาการ แบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ปวดศีรษะ 2) ชัก 3) อาการทางระบบประสาทอื่น ๆ เช่น แขนขาอ่อนแรง ชา เห็นภาพซ้อน หรือ พูดไม่ได้ เป็นต้น 4) ซึม อาการปวดศีรษะ เป็นอาการที่พบได้ประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดดำอุดตัน โดยมากมักจะปวดทั่วศีรษะ และมีความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น อาการปวดศีรษะส่วนใหญ่มีอาการเป็นวันถึงสัปดาห์ ในผู้ป่วยบางรายอาจจะมีการปวดศีรษะที่รุนแรง เฉียบพลันได้[4] อาการชักพบได้ประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วย ซึ่งพบในอัตราที่สูงกว่าโรคหลอดเลือดแดงอุดตัน[4] อาการอื่น ๆ ที่พบได้แก่ แขนขาอ่อนแรง ชา เห็นภาพซ้อน พูดไม่ได้ ตามองไม่เห็นชั่วคราว ตาบอด หรือซึมลง ในผู้ป่วยบางรายที่มีความผิดปกติของโพรงคาเวอร์นัส (Cavernous Sinus Thrombosis) จะพบว่ามีอาการตาโปน แดง ปวด และการกลอกตาที่ผิดปกติ

การตรวจวินิจฉัย

ในปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตันทำได้โดยการเอ็กซเรย์สมอง ได้แก่ 1) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง และหลอดเลือดดำ (MRI Brain and Venogram) 2) การตรวจเอ๊กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และ หลอดเลือดดำ (CT Brain and Venogram) 3) การฉีดสีหลอดเลือดในสมอง (Cerebral Angiography and Venography) พบว่าการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง และหลอดเลือดดำ (MRI Brain and Venogram) มีความไวในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตันมากกว่าการตรวจเอ๊กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและหลอดเลือดดำ[5,6] อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางรายที่มีข้อห้ามในการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง เช่น มีเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Pacemaker) หรือโลหะที่ไม่สามารถตรวจ

คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองได้ การตรวจเอ๊กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง และหลอดเลือดดำมีส่วนช่วยในการวินิจฉัยโรคได้

ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการ และ อาการแสดงสงสัยโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน และได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าสมองและ หลอดเลือดดำแล้วไม่พบความผิดปกติ แพทย์อาจพิจารณาส่งตรวจฉีดสีหลอดเลือดในสมอง (Cerebral Angiography and Venography)

การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดดำในสมองอุดตัน ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulation Therapy)[4,7,8] ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามในเบื้องต้นแพทย์อาจพิจารณาให้ยาฉีด เช่น Low Molecular Weight Heparin (LMWH), Heparin จากการศึกษาของ Coutinho et al พบว่าการให้ยา LMWH ให้ผลดีในการรักษามากกว่าการให้ยา Heparin ในเบื้องต้น[9] หลังจากนั้นจะพิจารณาปรับเปลี่ยนให้ยารับประทาน เช่น Warfarin เป็นต้น ในผู้ป่วยบางรายที่ไม่ตอบสนองกับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Anticoagulation Therapy) แพทย์อาจพิจารณาการรักษาด้วยการใส่สายสวนทำลายลิ่มเลือด หรือให้ยาสลายลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดดำ

ระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือดขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรค เช่น ในผู้ป่วยที่มีโรคเลือดแข็งตัวง่าย เช่น Protein C, S, Antithrombin III Deciency, Prothrombin G20210A Mutation, Factor V Leiden, Hyperhomocysteinemia, Antiphospholipid Syndrome ควรได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างต่อเนื่อง (Anticoagulant เช่น Warfarin หรือ Coumadin) เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ[4]

ในผู้ป่วยที่มีอาการชักร่วมด้วย แพทย์จะพิจารณาให้ยากันชักเพื่อป้องกันอาการชัก การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแรงดันในกะโหลกศีรษะสูงทำได้โดยการให้ยารับประทาน (Acetazolamide) หรือการเจาะน้ำไขสันหลัง

ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง สมองบวมกดเบียดสมองส่วนอื่น หรือ กดเบียดศูนย์การควบคุมการหายใจ แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะเพื่อลดแรงดันในสมอง

การดูแลฟื้นฟูทางการกายภาพ รวมถึงการฝึกพูดในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการพูด การดูแลภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวและมีโอกาสกลับมาเป็นปกติมากขึ้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัจจัยที่กระตุ้นทำให้เกิดโรคหลอดเลือดดำอุดตัน เช่น การรับประทานยาคุมกำเนิด หรือ ใช้ฮอร์โมน แนะนำให้หยุดยา และงดใช้ยาต่อไป ในผู้ป่วยที่ตรวจพบโรคอื่นร่วมด้วย เช่น เนื้องอก เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน หรือ การติดเชื้อ จำเป็นต้องได้รับการรักษาโรคเหล่านี้ด้วย

พยากรณ์โรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพยากรณ์โรคที่ดี ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยอาการดีขึ้นจากการรักษา[2] อัตราการเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดดำสมองอุดตันพบได้ที่ร้อยละ 2.2 [2]

กรณีของคุณสมศรี มีความผิดปกติ คือ อาการปวดศีรษะ 2 สัปดาห์ และมีแขนซ้ายอ่อนแรง คุณสมศรีไม่มีโรคปวดศีรษะ หรือโรคประจำตัวมาก่อน เป็นที่น่าสังเกตว่าในผู้ป่วยที่ไม่เคยมีอาการปวดศีรษะมาก่อนแล้วมีอาการปวดศีรษะต่อเนื่อง รวมถึงถ้ามีอาการปวดศีรษะที่มากขึ้น ปวดศีรษะมากแบบไม่เคยเป็นมาก่อน หรือปวดตอนกลางคืนนอนไม่ได้ หรือตื่นมากลางดึกเพราะปวดศีรษะ ควรจะต้องตรวจหาว่ามีความผิดปกติของสมองหรือหลอดเลือดหรือไม่ ในกรณีที่มีอาการทางระบบประสาทแล้ว เช่น แขนซ้ายอ่อนแรงในกรณีนี้เป็นที่แน่นอนว่าควรจะต้องมาโรงพยาบาล เพื่อได้รับการตรวจหาความผิดปกติทันที คุณสมศรีมีประวัติการรับประทานฮอร์โมน แพทย์จึงแนะนำให้หยุดรับประทานฮอร์โมน ผลการตรวจเลือดเพิ่มเติมไม่พบว่าคุณสมศรีมีความผิดปกติอื่น ๆ รวมถึงไม่พบโรคเลือดแข็งตัวง่าย แพทย์จึงแนะนำให้รับประทานยาละลายลิ่มเลือดระยะเวลา 3-6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

1. Stam J. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. N Engl J Med 2005;352:1791–1798.
2. Ferro JM, Canhao P, Stam J, et al; ISCVT Investigators. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). Stroke 2004;35:664–670.
3. Janghorbani M, Zare M, Saadatnia M, et al. Cerebral vein and dural sinus thrombosis in adults in Isfahan, Iran: frequency and seasonal variation. Acta Neurol Scand 2008;117:117-121.
4. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, et al; American Heart Association Stroke Council and the Council on Epidemiology and Prevention.Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke, 2011;42:1158-1192.
5. Khandelwal N, Agarwal A, Kochhar R, et al. Comparison of CT venography with MR venography in cerebral sinovenous thrombosis. AJR Am J Roentgenol, 2006;187:1643-1647.
6. Bousser MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: an update. Lancet Neurol 2007;162:170-176.
7. Lansberg MG, O'Donnell MJ, Khatri P, et al, American College of Chest Physicians, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke:antithrombotic therapy and

prevention of thrombosis, 9th ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2012;141:e601S-36S.

8. Einhupl K, Stam J, Bousser MG,et al; European Federation of Neurological Societies. EFNS guideline on the treatment of cerebral venous and sinus thrombosis in adult patients. Eur J Neurol 2010;17:1229-1235.

9. Coutinho JM, Ferro JM, Canho P,et al; ISCVT Investigators. Unfractionated or low-molecular weight heparin for the treatment of cerebral venous thrombosis. Stroke 2010;41: 2575-2580.





(บน) จักรพันธุ์ โปษยกฤต เขียนทิวทัศน์ที่จันทบุรี (ล่าง) ขณะเชิดหุ่นพระมหาอุปราชา เรื่อง “ตะเลงพ่าย”

มิตรเมื่อป่วย

ย่ำรุ่ง วันเสาร์ที่ ๑๔ พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๕๘ ควรจะเป็นวันปกติเช่นกัน กับทุกเสาร์อาทิตย์ สำหรับชีวิตใน มูลนิธิจักรพันธุ์ โปษยกฤต

ที่บรรดาศิษย์จะทยอยกันมาทำงานศิลปะแขนงต่าง ๆ รวมทั้งการซ้อมย่อยการเชิดหุ่นกระบอกเรื่อง *'ตะเลงพ่าย'* ก่อนซ้อมใหญ่ให้ประชาชนเข้าชมฟรี ที่จะมีขึ้นในวันอาทิตย์สุดท้ายของทุก ๆ สองเดือน อันใกล้เข้ามาในการควบคุมของ อาจารย์จักรพันธุ์ โปษยกฤต ศิลปินแห่งชาติ สาขาทัศนศิลป์ แขนงวิชาจิตรกรรม พ.ศ. ๒๕๔๓ ด้วยความสุข และอบอุ่น ในไมตรีจิตฉันท์ศิษย์กับครูผู้เปี่ยมด้วยความเมตตากรุณา

เช้าวันนั้น อาจารย์ตื่นลุกขึ้นนั่ง ตั้งใจจะเดินไปเข้าห้องน้ำตามกิจวัตรประจำวัน แต่กลับลุกยืน ก้าวขา ด้วยความลำบาก จนเราต้องช่วยพยุงอย่างยากเย็น หากเรากลับมิได้เฉลียวใจแม้แต่น้อยว่าเกิดอะไรขึ้น จึงได้แต่บอกว่า

"อาจารย์ เข้าห้องน้ำเสร็จอย่าลุกเองนะครับ รอผมมารับ"

เรารีบไปตาม 'ทราย' ลูกศิษย์หญิง ผู้คอยดูแลใกล้ชิดอีกคนหนึ่งมาช่วย พร้อมสั่ง 'ทราย' ไปบอก 'มาลัย' พี่สาวให้จัดอาหารเช้ามาให้อาจารย์กินบนห้องนอน เพราะวันนี้น่าจะเดินลงบันไดไม่ไหวแน่

แต่พอครั้นพาอาจารย์จากห้องน้ำมานั่งที่เตียง อาจารย์กลับสั่งว่า

"ต๋อง เราพูดไม่ค่อยชัด จะไปโรงพยาบาลไหนดี"

เรานึกถึงโรงพยาบาลกรุงเทพ ขึ้นเป็นปัจจุบัน ทั้งบังเอิญวันนั้นโทรไปคุณหมอก็รับทราบ และสั่งรถโรงพยาบาลมารับในทันที

ซอยศูนย์วิจัย กับซอยเอกมัยบ้านอาจารย์ อยู่ใกล้กัน ไม่นานคณะแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลก็มาถึง เรากับทรายขึ้นนั่งประจำข้างคนขับอย่างคุ้นเคย เพราะครั้งแรกเมื่อ ๒ ปีมาแล้ว ในเดือนเดียวกัน เรากับทราย

ก็พาอาจารย์มาส่งโรงพยาบาลนี้อย่างฉุกเฉินในเวลากลางคืน ด้วยไข้ขึ้นสูงจนออกอาการซึม

ครั้งนั้น รถโรงพยาบาลเปิดหวอเลี้ยวเข้าซอยทางถนนเพชรบุรีได้โดยสะดวก แต่รถ ผศ.วัชราภรณ์ หัวหน้านักร้องหญิงประจำคณะหุ่น ซึ่งมีเฮียง-สหพล เจ้าหน้าที่คุมเครื่องเสียงนั่งเป็นเพื่อน ตามติดมา เข้าไม่ได้ เพราะผิดกฎจราจร จึงต้องเลยไปทางถนนอโศก แล้ววนย้อนมา ทำให้พลัดกัน

พอเข้าซอยมาสักพัก เห็นตึกใหญ่ตั้งประจันหัวเลี้ยว จึงตรงเข้าไปจอดอย่างเร่งร้อน ลงไปถามเจ้าหน้าที่ว่า

"ห้องฉุกเฉินไปทางไหนคะ"

"ขอโทษครับ ที่นี่เป็นโรงแรม ไม่ใช่โรงพยาบาลครับ"

โชคดี ที่พนักงานท่านนั้น ยังไหวพริบดีมีจิตกุศล คิดได้ว่า สุภาพสตรีท่านนี้ ถามหาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกรุงเทพ ไม่ใช่หาห้องฉุกเฉินของโรงแรมด้วยอารมณ์เร่งด่วนอื่นใด

ในนาทีคับขัน มักมีเรื่องขบขัน แทรกอยู่เป็นเครื่องผ่อนทุกข์ เล่าสู่กันฟังอย่างสนุกสนาน

ที่โรงพยาบาลกรุงเทพ อาจารย์ป่วยเป็นไข้เพราะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อันเนื่องมาจากต่อมลูกหมากโต ถึง 100 กรัม ทำให้ปัสสาวะขัด

หลังจากคุณหมอ ให้ยาฆ่าเชื้อจนราบคาบ ก็ส่งต่อให้คุณหมอด้านศัลยกรรมปัสสาวะ ทำการผ่าตัดด้วยเลเซอร์ ซึ่งสะดวก ปลอดภัย รวดเร็วและเสียเลือดน้อย

แต่ชีวิตอาจารย์มักได้กำไรพิเศษเสมอ ไม่ว่าร้ายดี คือ ยิงเลเซอร์ แล้วคว้านต่อด้วยวิธีธรรมดา เป็นบริการแถม เพราะต่อมลูกหมากโตเกินกว่าเลเซอร์จะยิงหมด

เป็นอันว่า หายรอดปลอดภัย มิใช่เนื้อร้าย กลับมาฉี่ใส พุ่งซ่า เป็นเด็ก ได้สะดวกง่ายดายไม่ติดขัดอีกต่อไป

บรรดาศิษย์และมิตรสหาย สบายใจ เฝ้านับวันว่า ในไม่ช้า จะได้เห็นอาจารย์นั่งเขียนรูป ตรวจงานลูกศิษย์ เชิดหุ่น ไปทำบุญที่วัดเขาสุกิม จันทบุรี แล้วออกไปตระเวนเขียนทิวทัศน์อย่างมีความสุข ดังเคย

อาจารย์ต้องไปนอนโรงพยาบาลอีกสองสามวัน เป็นครั้งที่ ๒ ด้วยอาการติดเชื้อเล็กน้อย ไม่หนักหนาอะไร แต่ไม่มีใครคิดว่า อาจารย์จะต้องเข้าโรงพยาบาลเดิมอีกเป็นครั้งที่สาม อย่างหนักหนาสาหัสในเวลาอีกสองปีต่อมา ต้องนอนไอซียูอยู่ห้าคืนเศษ จนรู้จักชอบพอกับเจ้าหน้าที่และพยาบาลทุกท่านเป็นอันดี ก่อนจะย้ายขึ้นมามีสัมพันธไมตรีอย่างสนุกสนานแน่นแฟ้น กับบรรดาน้อง ๆ พยาบาลและผู้ช่วย ตลอดจนนักกายภาพบำบัดทั้งชายหญิงบนชั้น 6 ตึก D

ภายใต้การเอาใจใส่ให้การรักษาเยียวยา ด้วยความเมตตาอารีอย่างกัลยาณมิตร จากคณะแพทย์และนักกายภาพบำบัด ที่จริงมีคุณหมอผู้มีพระคุณหลายท่าน ที่อาจารย์จำได้เพียงคลับคล้ายคลับคลา เพราะความป่วยเข้าครอบงำสมอง

สำหรับอาจารย์ อาการข้างเคียงของโรคเส้นเลือดในสมองตีบ ที่น่าเหน็ดเหนื่อยแทนเสียยิ่งกว่าอาการแขนขาซีกขวาอ่อนแรง ซึ่งเป็นมาตรฐานที่รู้ ๆ กันอยู่นั้น คือ อาการสะอึก ติดต่อกันยืดยาว ข้ามวันข้ามคืน ขนาดยารักษาช่วยบรรเทาได้เพียงให้คนไข้หลับไปไม่รับรู้

ขณะผู้รับรู้คือบรรดาผู้มานอนเฝ้าไข้อันได้แก่ เรา ผอม-ชัยวุฒิ และ เฮียง-สหพล ซึ่งตื่นเวียนดูอยู่ทั้งคืน ด้วยความเป็นห่วงและสงสารอย่างที่สุด เมื่อเห็นบริเวณกระบังลมของอาจารย์ยังปรากฏกระเพื่อมอยู่อย่างต่อเนื่อง จากอาการสะอึก

อย่างไรก็ตาม วิกฤตนั้นก็ผ่านพ้นไป

อาจารย์ต้องให้น้ำเกลือและยาฉีดที่หน้าท้อง ยากิน ประกอบการให้อาหารทางสายอยู่หลายวัน แต่นานเท่าไรเรานึกไม่ออก ด้วยไม่มีแก่ใจจะจำ

เป็นความทุกข์ห่วงใยยิ่งใหญ่อีกครั้งหนึ่ง ในชีวิตความเป็นศิษย์อาจารย์กันมา นับตั้งแต่อาจารย์ต้องผ่าตัดเนื้องอกที่เยื่อหุ้มสมอง โดยคุณหมอจรัส สุวรรณเวลา เป็นผู้เมตตาขจัดภัยร้ายนั้นให้ ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อ ๓๓ ปีมาแล้ว อย่างปลอดภัย

แต่ท่านสั่งไว้เป็นประกาศิต ๓ ข้อว่า

อย่าเหนื่อย

อย่าอดนอน

อย่าหิว

หากเมื่อเวลาล่วงเลย ความประมาทละเลยด้วยลืมหลง ย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดาตามมนุษยวิสัย

ครั้นนึกย้อนไป อาการสะอึกต่อเนื่องนี้เกิดขึ้นกับอาจารย์มานานนับปีเป็น ๆ หาย ๆ สลับกันไป แต่พอกินพวกยาลดแก๊สก็หาย แม้ต้องเปลี่ยนหลายขนานก็ตาม จึงทำให้มิได้ติดใจสงสัยอันใด

ซ้ำร้าย ก่อนหน้าที่จะนำส่งโรงพยาบาล ราวสามอาทิตย์ ความผิดปกติที่เราควรเฉลียวรู้ แต่กลับนอนใจก็คือ คืนนั้นสวดมนต์ไหว้พระเสร็จ ปิดไฟเตรียมนอน อาจารย์บอกว่า

"ต๋อง อย่าเพิ่งปิดไฟ" พอเปิดไฟ อาจารย์หันไปหาอะไรที่หัวนอนอยู่ประเดี๋ยว ก็สั่งว่าปิดได้แล้ว

"อาจารย์ หาอะไรครับ" *"ข้างหน้า...บังข้างหลัง"*

"อาจารย์ หาอะไรครับ" *"ข้างหน้า...บังข้างหลัง"*

ตอบสับสนวนเวียนอยู่อย่างนี้ แถมพูดไม่ค่อยชัดถ้อยชัดคำ เราตกใจลุกขึ้นประคองให้อาจารย์นั่ง เหงื่อแตกโชมทั้งสองคน

ครั้นพอนั่ง ก็พูดคุยได้เป็นปกติ แต่ก็ยังตอบไม่ได้ว่าหาอะไร เราจึงค่อยคลายใจ หากไม่วายกังวล ถึงโรคเนื้องอกในสมอง ว่ามันจะกลับมาอีกหรืออย่างไร

ตกถึงวันนี้เมื่อผลตรวจออกมา จึงค่อยกระจ่างว่า ทั้งอาการสะอึก และพูดจาสับสน ล้วนเป็นผลมาแต่เส้นเลือดฝอยในสมองอุดตันนั่นเอง

ขณะเขียนเล่าเหตุการณ์นี้อยู่ระหว่าง วันที่ ๒๕-๒๘ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๙ ผ่านมาสองเดือนเศษ แต่อาจารย์ยังคงต้องทำกายภาพฟื้นฟูสมรรถภาพ ขา แขน ซีกขวา อยู่ที่โรงพยาบาลอย่างไม่รู้กำหนดกลับบ้าน แม้ว่าทุกอย่างจะดีขึ้นโดยลำดับก็ตาม แต่เป็นไปอย่างเชื่องช้า

หากอาจารย์อาศัยความเป็นศิษย์มีครู ดำรงชีวิตอยู่ด้วยสติดังศาสโนวาทของพระบรมศาสดาสัมมาสัมพุทธเจ้า ตามที่ท่านพระอาจารย์สมชาย ฐิตวิริโย ได้เคยสั่งสอนไว้

จึงมักปรากฏรอยยิ้มอย่างไร้เดียงสาเสมอ เมื่อถูกบรรดาครูฝึกกายภาพ ถามทดสอบความจำ แล้วนึกไม่ออก เช่น

"อาจารย์คะ วันนี้วันอะไร"

อาจารย์จะยิ้มอย่างลังเลสักพักแล้วตอบว่า *"วันศิลปินแห่งชาติ"*

แทนที่จะตอบว่า วัน จันทร์...อังคาร...พุธ... ฯลฯ ตามจุดประสงค์ของผู้ถาม แต่ไพล่ไปตอบในสิ่งที่ผู้ถามเองก็ไม่รู้ว่า นั่นเป็นคำตอบที่ถูก

เพราะวันนั้นของเดือนนี้ เป็นวันประกาศชื่อศิลปินแห่งชาติ จริงๆ มิหนำซ้ำ อาจารย์ยังถามครูฝึกกลับไปว่า

"หนูรู้จักครูเวณิกา บุนนาค มั้ย... สวย รำละครเก่ง... ปีนี้ ครูเวณิกาได้เป็นศิลปินแห่งชาติ"

ทุกวันบรรดาครูฝึกทั้งชายหญิง จะผลัดกันเข้ามาฝึกกายภาพให้อาจารย์ ครั้งละ ๒ คนบ้าง ๓ คนบ้าง แต่บางครั้งก็มาคนเดียว

ทุกครั้ง ถ้าคุณ 'โอเลย์' หัวหน้านักกายภาพมาเอง มักพูดล้ออาจารย์ว่า *"อาจารย์ครับ วันนี้ โอเลย์ พาน้องๆ มาแกล้งอาจารย์อีกแล้ว... วันนี้วันอะไรครับ"* ขณะในมือชูปฏิทินเอไอเอ

อาจารย์นั่งเผยยิ้มอย่างเด็กทารก ดั่งเช่นเคย นิ่งอยู่ครู่ พลางย้อนถามว่า *"ถ้าตอบได้ จะให้อะไรเรา"*

ทั้งนักกายภาพและผู้เฝ้าไข้หัวเราะกันครืน

"ถามเรามาหลายครั้งแล้ว เราถามมั่งนะ รูปนี้ ใครเป็นคนเขียน"

"อาจารย์ เขียนหรือครับ"

"ใช่...เขียนเรื่องอะไรรู้มั้ย" พลางชี้ไปที่รูปสุวรรณสามแบกหม้อน้ำอยู่กลางฝูงกวางในป่าใหญ่

คุณ 'โอเลย์' เลยต้องกลับไปทำการบ้าน อ่านทศชาติชาดกมาเล่าให้อาจารย์ฟังในวันรุ่งขึ้น

แต่เดิมมา หลังอาหารเย็น บ้วนปากแปรงฟันเสร็จ พวกลูกศิษย์จะช่วยกันประคองอาจารย์ลงนอนพักผ่อน เพื่อรอเวลาให้ยาก่อนหลับจริงในเวลาสองทุ่ม มาระยะหลัง สุขภาพเริ่มกระปรี้กระเปร่าขึ้น เลยบอกให้พานั่งรถเข็นไปตระเวนทักทายพวกน้อง ๆ พยาบาลบนชั้น ๖ ซึ่งคุ้นเคยชอบพอกัน

เผอิญวันหนึ่ง ออกมาเจอคุณหมอท่านหนึ่ง กำลังยืนตรวจรายงานอยู่หน้าเคาน์เตอร์ประจำวอร์ด ท่านเลยเข้ามาทักทายอธิบายให้อาจารย์เข้าใจถึงการรักษาว่า ต้องใช้เวลา พลางถามว่า

"...อาจารย์ อยากกลับบ้านหรือยังครับ"

"ยังครับ... อยู่ที่นี่สนุกดี มีเพื่อนเยอะ น้อง ๆ น่ารักทุกคน"

คุณหมอหัวเราะในคำตอบอันคาดไม่ถึง ลูกศิษย์และมิตรสหายใกล้ชิดทุกคนรู้จักอุปนิสัยตลกประหลาดเหนือการคาดเดานี้ของอาจารย์เป็นอย่างดี

ทั้งสิ้นล้วนตั้งอยู่บนพื้นฐานจิตใจที่บริสุทธิ์ จริงใจ เปี่ยมด้วยเมตตาธรรมต่อมนุษย์และสัตว์ ไม่เคยเอาเปรียบผู้ใด แม้เพียงในความคิด แต่ถ้าถูกคนเอาเปรียบละก็เป็นประจำ โดยรวมเราไว้ด้วยคนหนึ่ง ในพวกนั้น

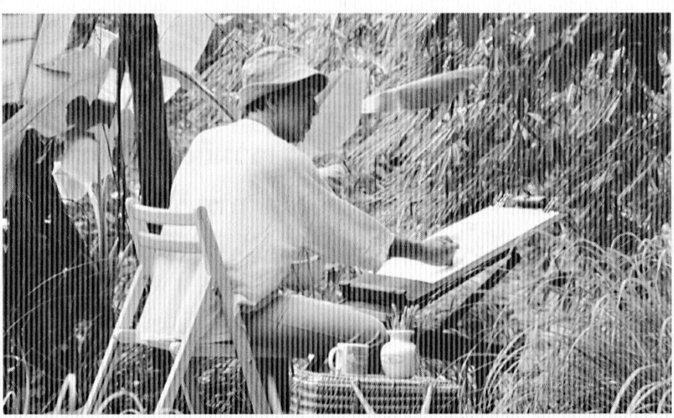
เหนือสิ่งอื่นใด คือ ศรัทธาพละอันสูงส่งนอบน้อม ที่มีต่อพระรัตนตรัย และความกตัญญูกตเวทีต่อครูบาอาจารย์ ลูกศิษย์และมิตรสหายทุกคน มีความเชื่อมั่นว่า ด้วยอานิสงส์ผลแห่งบุญกิริยาวัตร ที่อาจารย์สั่งสมไว้อย่างมากมายในปัจจุบันชาติ

ประกอบกับความรู้ความสามารถของคณะแพทย์ และบรรดาน้อง ๆ นักกายภาพบำบัด ตลอดจนการเอาใจใส่ดูแลประคบประหงมจากน้อง ๆ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลทั้งหลาย ที่ทุ่มเทให้อาจารย์ ด้วยความกรุณาปราณีอย่างหาได้ยาก

ที่สุด อาจารย์จักรพันธุ์ โปษยกฤต จะต้องหายเป็นปกติ สามารถกลับมาสร้างวิจิตรศิลป์อันประณีตบรรจง ถวายไว้เป็น พุทธบูชา ในเวลาอีกไม่นานนัก

ทุกข์ โศก โรคภัย คือมิตรแท้ ที่บอกความจริงของชีวิต
โดยไม่ปิดบังอำพราง แม้ไม่น่าคบ แต่ก็หลบไม่พ้น

วัลลภิศร์ สดประเสริฐ
๒๘ มกราคม ๒๕๕๙
โรงพยาบาลกรุงเทพ



จักรพันธุ์ โปษยกฤต เขียนทิวทัศน์ ที่จันทบุรี

ภาวะกลืนลำบาก

คุณดิลก ศิริวุฒิ

"เมื่อไรจะได้เอาสายออก" เป็นความกังวลของ อาจารย์จักร์พันธุ์ โปษยกฤต แม้อาจารย์จะวางใจในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่ก็ยังกังวลอยู่ว่าจะเอาสายให้อาหารทางจมูกออกได้เมื่อไร เช่นเดียวกับลูกศิษย์ที่อยู่ดูแล ต่างกังวลต้องใส่สายให้อาหารทางจมูกอีกนานไหม **ทำไมต้องใส่สายให้อาหารทางจมูก** แล้วจะ**กลับมาทานอาหารได้อย่างปกติหรือไม่**

ภาวะกลืนลำบากเป็นความผิดปกติ ที่เกิดจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่เกี่ยวกับการกลืนอาหาร ซึ่งทำให้ความสามารถในการทานอาหาร การดื่มน้ำ รวมไปถึงการทานยาบกพร่อง หรือแม้กระทั่งหายใจลำบาก ซึ่งเสี่ยงต่อการ**สำลักอาหารหรือเครื่องดื่ม** สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเสี่ยงจากการสำลักอาหารเนื่องจากความบกพร่องที่กล่าวไว้ข้างต้น ดังนั้นในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำเป็นต้องประเมินความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารและเครื่องดื่ม ในรายที่พบว่ามีความเสี่ยงต่อการสำลักจำเป็นต้องใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เรียกว่า **"ปอดติดเชื้อ"** อันเนื่องมากจากสำลักอาหาร

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยนักกิจกรรมบำบัด และนักกำหนดอาหาร รวมถึงญาติและตัวผู้ป่วยเองด้วยความเข้าใจจึงจะเกิดผลสำเร็จ เริ่มตั้งแต่ การบริหารกล้ามเนื้อริมฝีปาก การควบคุมลิ้น และ การใช้เทคนิคการฝึกต่าง ๆ เพื่อให้กลืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับอาจารย์จักรพันธุ์ ฝึกการควบคุมริมฝีปาก เพื่อให้ปิดปากได้สนิทขณะกลืนอาหาร ฝึกการควบคุมการเคลื่อนไหวของลิ้น และการควบคุม

การหายใจ เพื่อให้กลืนได้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการปรับลักษณะอาหารให้เหมาะสม ซึ่งในลำดับต้น ๆ ควรเป็นอาหารที่มีลักษณะเป็นเนื้อเดียว

ในขั้นแรกอาจารย์ฝึกรับประทานด้วยซุปข้น โยเกิร์ต ไอศครีม โดยรับประทานในปริมาณน้อย ๆ สามารถกลืนในครั้งเดียวหมด เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร ยิ่งไปกว่านั้น การจัดท่าทางที่เหมาะสม และ สิ่งแวดล้อมที่สงบจะช่วยลดความเสี่ยงการสำลักอาหาร ด้วยเช่นกัน

เมื่อรับประทานได้ดีขึ้น จึงปรับระดับอาหารเป็นอาหารอ่อนนุ่ม ที่ต้องมีการเคี้ยวย่อยอาหาร กินผลไม้ทุกมื้อ เช่นส้ม องุ่น พลับ มะม่วง มะละกอ น้ำผลไม้ที่ดื่ม น้ำมะพร้าวสด น้ำส้มสด น้ำบีทรูท น้ำสะอาดที่เติมเจลาติน (ตัวหนืด) จะดื่มได้สะดวก

ในช่วงนั้นอาจารย์ฝึกรับประทานด้วย ข้าวต้ม กับ กับข้าวนิ่ม ๆ เช่น ไข่เค็ม ผัดผักนิ่ม ๆ ที่หั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ นอกจากนี้ ยังมีราดหน้า เป็นต้น

เมื่อรับประทานได้ดี จึงปรับเป็นอาหารปกติ อาทิ ข้าวสวย กับกับข้าวทั่วไป ทั้งนี้ นอกเหนือจากอาหารที่ต้องติดตามให้รับประทานอย่างปลอดภัยและเพียงพอ เพื่อป้องกัน**ภาวะทุโภชนาการ**

การดื่มน้ำ นับเป็นปัจจัยสำคัญที่ไม่อาจละเลย เพราะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงต่อการดื่มน้ำ เพราะน้ำเป็นของเหลวไม่มีรสชาติ หากกล้ามเนื้ออ่อนแรงจึงควบคุมได้ยาก จึงต้องคอยติดตามการดื่มน้ำของอาจารย์ให้เพียงพอ เพื่อไม่ให้เกิด**ภาวะขาดน้ำ**

ในระหว่างที่ดูแลเรื่องการกลืน ได้เกิดเหตุการณ์ไม่คาดคิด อาจารย์ได้ดึงสายออกโดยไม่รู้ตัว ทางทีมดูแลจึงต้องปรับแผนการดูแล เพราะอาจารย์ไม่ต้องการใส่สายอีก ขณะนั้นญาติและลูกศิษย์ที่ดูแล นับมีบทบาทสำคัญ เพราะต้องเริ่มฝึกที่จะดูแลให้อาจารย์รับประทานอาหารและน้ำ ได้อย่างปลอดภัยและเพียงพอ

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อน ปอดติดเชื้อจากการสำลักอาหาร คือ การดูแลสุขอนามัยในช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดการสะสมเชื้อแบคทีเรียในช่องปากได้เป็นอย่างดี ดังนั้น การดูแลสุขอนามัยในช่องปาก นอกจากแปรงฟันตามปกติแล้ว การทำความสะอาดช่องปาก หลังกลืนอาหารทุกมื้อ จะช่วยลดความเสี่ยงลงได้มาก ถึงแม้ในรายที่จะไม่ได้ทานอาหารทางปากเลยก็ตาม เพราะผู้ป่วยอาจจะสำลักน้ำลายที่มีเชื้อแบคทีเรียที่สะสมในช่องปากและเป็นเหตุให้ติดเชื้อในปอดจากการสำลักน้ำลาย ฉะนั้นต้องทำความสะอาดช่องปากอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดความเสี่ยงดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

คุณพัฑฒิดา พากเพียร

โรคหลอดเลือดสมอง หรือที่เรารู้จัก ทั่วไปที่ชื่อ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เมื่อเกิดขึ้นแล้วยังผลให้เกิดการสูญเสีย การทำหน้าที่หลายระบบของร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเป็นแบบชั่วคราว หรือถาวร ขึ้นกับความพิการที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด ร่วมกับใช้ความอดทนอย่างยิ่งที่จะปรับบทบาทของตนเอง พร้อมทั้งยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ในระยะแรกผู้ป่วยยังคงต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน บทบาทสำคัญของญาติ และผู้ป่วย ในการกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน คือการปรับสภาพจิตใจให้เข้มแข็ง พยายามให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ โดยญาติคอยช่วยเหลือบ้าง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้นบุคคลใกล้ชิดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือ ประคับประคองผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

บทบาทหน้าที่ของครอบครัว/ผู้ดูแล

- ครอบครัวให้ความรัก เอาใจใส่ เข้าใจปัญหาของผู้ป่วย คอยกระตุ้นให้ได้ร่วมทำกิจกรรมในครอบครัวเท่าที่ทำได้อย่างสม่ำเสมอ เช่น ออกกำลังกาย พาไปเดินเล่น นั่งรถเล่น ออกนอกบ้านไปสถานที่ต่างๆ บางรายอาจต้องให้มีส่วนร่วมในกิจการงาน ตลอดจนออกสังคมที่เคยทำตามความเหมาะสม

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่ให้ลืมร่างกายข้างที่อ่อนแรง เช่นจัดวางอุปกรณ์เครื่องใช้ไว้ข้างที่อ่อนแรง เป็นต้น

- กระตุ้นการรับรู้ บุคคล วันเวลา สถานที่ สังคม เช่น ในห้องมีนาฬิกา ปฏิทิน โทรทัศน์ ญาติ/ผู้ดูแลคอยช่วยแจ้งผู้ป่วย เปิดรูปเก่า ๆ ให้ผู้ป่วยดู คอยพูดคุยสอบถามอยู่สม่ำเสมอ

- การมาพบแพทย์ตามนัด หากมีอาการผิดปกติ เช่นแขนขาอ่อนแรง หรือ ชามากขึ้น พูดไม่ชัด หรือพูดลำบาก สื่อสารไม่เข้าใจ ปากเบี้ยว เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ตาพร่า อาเจียน ง่วงซึม สับสน ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด

- การรับประทานยาตามแพทย์สั่งให้ถูกต้องและครบถ้วน

- กรณีที่มีผู้ป่วยมีสายให้อาหารทางจมูก หรือสายยางให้อาหารทางหน้าท้อง ระวังมิให้ดึงรั้งหลุด สังเกตให้อยู่ในตำแหน่งเดิมอยู่เสมอ และมาเปลี่ยนตามนัดกรณีเกิดการเลื่อนหลุด ให้ติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

- กรณีที่ผู้ป่วยเจาะคอ มีท่อช่วยหายใจ ควรทำแผลวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เปลี่ยนสายผูกท่อด้วยความระมัดระวัง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

- หากมีปัญหาการดูแลผู้ป่วยควรปรึกษาทีมดูแลสุขภาพ

การดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน

การดูแลความสะอาดร่างกาย

ช่วยเช็ดตัวในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถอาบน้ำได้

1. ปิดพัดลม และเครื่องปรับอากาศขณะเช็ดตัว
2. นำกะละมังและเครื่องใช้สำหรับเช็ดตัว มาวางที่โต๊ะข้างเตียง
3. เลื่อนตัวผู้ป่วยให้ชิดริมเตียงข้างที่ผู้ดูแลยืนอยู่ หนุนหมอน ปรับศีรษะสูงเพื่อทำความสะอาดปากและฟัน
4. ใช้ผ้าชุบน้ำบิดพอหมาด เช็ดให้ทั่วใบหน้า หู จมูก คอ และใช้ผ้าอีกผืนชุบน้ำพอหมาดฟอกสบู่ เช็ดให้ทั่วและเช็ดด้วยน้ำอีกครั้งจนสะอาดและซับให้แห้ง เช็ดช่วงอก และหน้าท้องด้วยวิธีเดียวกันจนสะอาด ซับให้แห้ง แล้วเปลี่ยนน้ำ

5. เช็ดแขนด้านที่อยู่ไกลตัวก่อน ด้วยสบู่ และเช็ดด้วยน้ำจนสะอาด ซับให้แห้ง และย้ายมาเช็ดแขนข้างที่อยู่ใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน เสร็จแล้วแช่มือในกะละมัง ฟอกและล้างมือให้สะอาด ซับให้แห้ง แล้วเปลี่ยนน้ำ

6. เช็ดขาด้านที่อยู่ไกลตัวก่อน แล้วจึงเช็ดข้างที่อยู่ใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน เสร็จแล้วแช่เท้าในกะละมัง ฟอกและล้างเท้าให้สะอาดซับให้แห้ง แล้วเปลี่ยนน้ำ ให้ผู้ดูแลเดินกลับไปด้านตรงข้าม พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยหันหน้าเข้าหาผู้ดูแล ใช้ผ้าเช็ดตัวปูแนบหลังผู้ป่วยจนถึงคอ เพื่อป้องกันการเปียกน้ำ เช็ดหลังจนถึงคอด้วยน้ำสบู่ เช็ดตามด้วยน้ำสะอาด ซับให้แห้ง ทาแป้ง และนวดหลังให้ผู้ป่วยเพื่อช่วยการไหลเวียน และป้องกันการเกิดแผลกดทับ

7. ให้ผู้ป่วยนอนหงายและทาแป้ง ใส่เสื้อและกางเกง หวีผมให้เรียบร้อย

8. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบายและเหมาะสม ควรพลิกตัวเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง

การดูแลสุขภาพช่องปาก

กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีความพิการทางร่างกาย สื่อสารได้ ผู้ป่วยสามารถแปรงฟันโดยใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ร่วมกับการใช้ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน

กรณีที่ผู้ป่วยมีความพิการทางร่างกายบางส่วน มีความลำบากในการใช้มือ สามารถสื่อสารได้ ให้เพิ่มขนาดด้ามแปรงให้ใหญ่ขึ้น โดยวิธีหุ้มด้ามแปรงด้วยวัสดุต่าง ๆ เช่น ฟองน้ำ ด้ามมือจับรถจักรยาน เป็นต้น เพื่อสามารถยึดจับด้ามแปรงได้ถนัดขึ้น และใช้แผ่นยางขนาดใหญ่ ช่วยรัดยึดด้ามแปรงให้ติดแน่นกับมือ และผู้ดูแลช่วยแปรงฟันให้อยู่ด้านหลัง ใช้แขนข้างหนึ่งหนีบศีรษะไว้และอีกข้างหนึ่งถือแปรงเข้าปาก จะสามารถแปรงได้ทั่วทุกซี่

กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการกลืน การบ้วนน้ำ ผู้ดูแลควรใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำสะอาดกวาดในช่องปากบริเวณช่องข้างกระพุ้งแก้ม ใต้ลิ้น และเพดานปากซ้ำ

การให้อาหารทางสายยาง

หมายถึง การให้อาหารเหลวผ่านทางสายอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง โดยสูตรอาหารของผู้ป่วยควรจะได้ทราบชนิดอาหาร และการทำอาหารจากโภชนากรก่อนออกจากโรงพยาบาล และตามเวลาที่มีการวางแผนไว้ร่วมกับทีมรักษา ส่วนระยะเวลา ที่เหมาะสม เช่น 6.00 น., 12.00 น., 18.00 น., 24.00 น. เป็นต้น ทั้งนี้ ระยะเวลาขึ้นอยู่กับแผนการรักษาของแพทย์

<u>อุปกรณ์</u>

1. กระบอกสูบสำหรับให้อาหาร
2. ภาชนะสำหรับใส่อาหารที่มีขีดบอกปริมาณ
3. อาหารปั่น หรือนม ตามสูตร และน้ำดื่มสะอาด
4. ยา
5. โกร่งบดยา แก้วยา

<u>วิธีการให้อาหาร</u>

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง หรือกึ่งนั่งกึ่งนอน เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของอาหารเข้าหลอดลม

2. ล้างมือให้สะอาด

3. ตรวจสอบตำแหน่งสายและอาหารที่ค้างในกระเพาะอาหาร โดยต่อปลายสายเข้ากับกระบอกให้อาหาร ทดสอบดูว่าสายอยู่ในกระเพาะอาหารหรือมีอาหารเหลือค้างหรือไม่ ดูดเอาอาหารที่ค้างเก่าในกระเพาะอาหารถ้ามากกว่า 50 ml. ให้เลื่อนเวลาให้อาหาร คอยดูดอาหารที่ค้างทุก 30 นาที ถ้าอาหารค้างน้อยกว่า 50 ml. ก็สามารถให้อาหารมื้อนั้นได้ แต่ถ้ามากกว่า 100 ml. งดอาหารมื้อนั้น

4. การให้อาหาร ยา และน้ำ โดยหลังจากเตรียมอาหารใส่ถุงสำหรับ feed ควรมีที่แขวนยกให้สูงจากกระเพาะอาหาร โดยใช้สายต่อเชื่อมกับสายให้อาหาร ค่อย ๆ ปรับหยด ไม่ให้เร็วมาก ถ้าในกรณีไม่มีถุงใส่อาหารและสายต่อเชื่อม ต่อปลายสายเข้ากับกระบอกให้อาหาร เทอาหารเหลวช้า ๆ ยกกระบอกอาหารสูงจากตัวผู้ป่วยประมาณ 50 ml. คอยเติมอาหารเรื่อย ๆ เพื่อป้องกันอากาศเข้าในกระเพาะอาหาร หลังจากอาหารหมดให้น้ำตามประมาณ 50 ml. เพื่อเป็นการล้างสายให้สะอาด หลังจากให้อาหารเสร็จยกสายยางให้สูงขึ้นเพื่อไม่ให้อาหารไหลย้อนออกมาคาสาย ใช้จุกปิดสายเช็ดสายให้สะอาด

5. หลังให้อาหาร ปิดจุกสายให้อาหารให้แน่น จัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าหัวสูง นาน 30-60 นาที

ข้อควรระวังในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้อาหารทางสายยาง

1. ญาติ/ผู้ดูแล ต้องทราบวิธีการทำอาหารเหลวจากบุคคลากรทางการแพทย์ และได้รับการฝึกการให้อาหารจนชำนาญจากเจ้าหน้าที่พยาบาลก่อนกลับบ้าน

2. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้อาหารทุกครั้ง

3. การใส่สายยางให้อาหารต้องกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยแพทย์และพยาบาลเท่านั้น

4. ต้องทดสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารทุกครั้ง ก่อนให้อาหารเพื่อป้องกันการสำลักลงปอด ขณะให้อาหารถ้าผู้ป่วยไอ หรือสำลักให้หยุดทันที ถ้าหยุดไอแล้วลองให้ต่อ ถ้ายังไออยู่ให้หยุดให้อาหารและปรึกษาบุคคลากรทางการแพทย์

5. หากสังเกตว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมไม่เกิน 2 นิ้ว ให้ค่อย ๆ ดันสายอาหารกลับเข้าตำแหน่งเดิม และทดสอบดูว่าสายอยู่ใน

กระเพาะอาหารหรือไม่ หากสังเกตว่าสายยางเลื่อนจากตำแหน่งเดิมมากกว่า 2 นิ้ว ให้ปรึกษา สถานพยาบาลใกล้บ้าน ห้ามให้อาหารโดยเด็ดขาด

กรณีผู้ป่วยมีสายยางให้อาหารทางหน้าท้องก่อนทำความสะอาดแผลทุกครั้งควรล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง

1. ในระยะ 1-2 สัปดาห์แรกหลังใส่สายยางให้อาหารทางหน้าท้อง ควรทำความสะอาดแผลรูเปิดทุกวันด้วยวิธีปราศจากเชื้อ โดยใช้ยาเช็ดแผลเบตาดีน (Betadine) หรือ 70% แอลกอฮอล์และปิดผ้าก๊อซปราศจากเชื้อ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลอย่างเคร่งครัด

2. ในระยะต่อมาเมื่อแผลแห้งดีควรปฏิบัติดังนี้

- ทำความสะอาดแผลรูเปิดทุกวันวันละ 1-2 ครั้งหลังอาบน้ำ

- ทำความสะอาดแผลรูเปิดโดยใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ (Normal saline) หรือน้ำต้มสุกควรเอาใจใส่แผลบริเวณบริเวณแป้นสายยางให้อาหารให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง (หากใช้น้ำเกลือควรเทแบ่งใส่ภาชนะสะอาดครั้งละประมาณ 5-10 ซีซี) และควรทำความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ แผลด้วยสบู่และน้ำสะอาดเช็ดให้แห้ง

- หากบริเวณแผลรูเปิดมีอาการบวมแดงมีอาหารหรือของเหลวออกมาจากแผลรูเปิดควรรีบปรึกษาแพทย์

การดูแลทั่วไป

1. ข้อควรระวังอย่างยิ่งในการดูแลสายยางให้อาหารทางหน้าท้องทุกชนิดคือป้องกันการอุดตันของสาย สาเหตุของการอุดตันเกิดจากการมีเศษอาหารตกค้างในสาย เนื่องจากการให้น้ำตามหลังการให้อาหารยังไม่สะอาด หรืออาจเกิดจากการให้อาหารที่ข้นเหนียวเกินไปหรือการให้ยาที่บดไม่ละเอียดและไม่ได้ให้น้ำตามหลัง

การให้ยา

1. ทำความสะอาดสายยางให้อาหารทางหน้าท้องด้านนอกและข้อต่อด้วยสบู่และน้ำสะอาดส่วนสายสวนชนิด

2. ระดับผิวหนังใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดบริเวณแป้นด้านนอกและฝาปิด หากมีคราบอาหารติดบริเวณฝาควรใช้น้ำอุ่นเช็ดทำความสะอาด

3. หมุนตัวสายยางให้อาหาร 360 องศาทุกครั้งหลังให้อาหาร เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อรอบ ๆ รูเปิดยึดติดกับสายยางให้อาหาร

4. ไม่ควรหักหรือพับงอสายยางให้อาหารนานเกินไป อาจทำให้สายยางให้อาหารแตกหักหรือพับงอหรืออุดตันได้

5. ระวังอย่าให้สายยางให้อาหารแกว่งไปมามากเกินไป เพราะอาจทำให้รูเปิดแผลขยายใหญ่ขึ้นและเจ็บแผลได้

6. ควรหมั่นตรวจสอบตำแหน่งของสายยางให้อาหารว่าอยู่ในตำแหน่งถูกต้องเนื่องจากสายอาจจะเลื่อนเข้าไปในกระเพาะอาหารมากเกินไป โดยการตรวจสอบตัวเลขบนสายยางให้อาหารที่ระดับผิวหนังว่ามีการผิดตำแหน่ง หรือใช้บันทึกความยาวของสายสวนที่อยู่พ้นผิวหนัง และตรวจสอบเป็นระยะ ๆ

7. กรณีใช้สายชนิดลูกโป่งสายยาว ห้ามให้อาหารทางช่องสำหรับบรรจุน้ำใส่ลูกโป่ง (สังเกตว่าเป็นช่องที่มีสีซึ่งต่างกับช่องให้อาหาร)

การดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง ผิวหนังถูกกดทับเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงผิวหนังที่ถูกกดทับได้อย่างสะดวก ส่งผลให้ผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดง และมีการแตกทำลายของผิวหนัง ถ้าไม่ได้รับการป้องกันดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก็จะส่งผลให้เกิดแผลกดทับตามมาได้

การจัดท่านอน

ควรเปลี่ยนท่านอนอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่รับแรงกดนานเกินไป ถ้าเปลี่ยนท่านอนแล้วรอยแดงบริเวณผิวหนังไม่หายภายใน 30 นาที อาจจะพิจารณาให้เปลี่ยนท่านอนให้บ่อยขึ้น โดยมีการหมุนเวียนเปลี่ยนท่านอน เช่น นอนหงาย นอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวาสลับกันไป

การนอนตะแคง ควรจัดให้นอนตะแคงกึ่งหงาย ใช้หมอนยาวรับตลอดแนวลำตัว รวมทั้วบริเวณข้อเข่า ข้อเท้า ควรทำให้สะโพกทำมุม 30 องศา และใช้หมอนรองนามปุ่มกระดูก และใบหู

การนอนหงาย ควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า ตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง ขา 2 ข้าง และรองใต้น่องและขาเพื่อให้เท้าลอยพื้นไม่กดที่นอน

จัดท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา แต่ถ้าจำเป็นศีรษะสูงเพื่อให้อาหาร หลังจากให้อาหาร 30 นาที - 1 ชั่วโมง ควรลดระดับลงเหลือ 30 องศา

กรณีที่นั่งรถเข็น ควรให้มีเบาะรองก้น และกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัว หรือยกก้นลอยพื้นที่นั่งทุก 30 นาที

การใช้อุปกรณ์ลดแรงกด

อุปกรณ์ลดแรงกดอยู่กับที่ เช่น ที่นอนทำจาก เจล โฟม ลม น้ำ หมอน เป็นต้น

อุปกรณ์ลดแรงกดสลับไปมา เช่น ที่นอนลม ไฟฟ้า

การดูแลผิวหนัง

ผู้ป่วยที่มีผิวหนังแห้งมาก ความหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น หลังทำความสะอาดร่างกายควรทาโลชั่น 3-4 ครั้ง/ วัน เพื่อป้องกันผิวหนังแตกแห้ง

ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ควรทำความสะอาดทุกครั้ง ที่มีการขับถ่าย และซับให้แห้ง

ทาวาสลีน บริเวณผิวหนังรอบๆ ทวารหนัก แก้มก้น ทั้ง 2 ข้าง

ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยการออกกำลังกาย

ระวังอุบัติเหตุที่เกิดกับผิวหนัง เช่น การกระแทก สังเกตรอยช้ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเลือดออกง่ายบริเวณชั้นใต้ผิวหนัง

จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ให้ผิวหนังอับชื้น หลีกเลี่ยงการใช้ความร้อนประคบบริเวณผิวหนังที่มีความรู้สึกน้อย หรืออ่อนแรง

ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้ง และเรียบตึงเสมอ เพื่อลดความเปียกชื้น และลดแรงเสียดทาน และจัดเสื้อผ้าให้เรียบ หลีกเลี่ยงการนอนทับตะเข็บเสื้อ และปมผูกต่าง ๆ เพื่อลดแรงกดบริเวณผิวหนัง

การดูแลระบบทางเดินหายใจ

การหายใจเป็นกระบวนการนำอากาศผ่านเข้าทางจมูก หรือทางปาก โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการคือ

1. เพื่อนำเอาออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย
2. เพื่อระบายของเสียคือ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จากเซลล์ของร่างกาย

การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นที่ปอด ก๊าซออกซิเจนจะถูกส่งมาทางหลอดลมบริเวณคอ เข้าสู่ปอดในลักษณะการกระจายคล้ายกิ่งก้านของต้นไม้ โดยส่วนปลายของกิ่งก้านจะมีถุงลมลักษณะเหมือนลูกโป่ง ถุงลมเหล่านี้จะอยู่ใกล้กับหลอดเลือดที่มาเลี้ยงปอด และช่วงหายใจเข้า อากาศซึ่งมีก๊าซออกซิเจน จะสามารถผ่านเข้าสู่เม็ดเลือดแดงในหลอดเลือดได้ และนำเอาออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผ่านทางการสูบฉีดของหัวใจ

ส่วนก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จะถูกแลกเปลี่ยนกลับเข้าไปในปอดและกำจัดออกมาทางการหายใจ ในการหายใจออกนั้นไม่ใช้พลังงาน ส่วนหายใจ

เข้าจำเป็นต้องใช้พลังงานและการทำงานของกล้ามเนื้อหลายส่วน ดังนั้น เมื่อคุณหายใจเร็วขึ้น จะต้องใช้พลังงานมากขึ้น

การดูแลรักษาปอดให้แข็งแรง

1. หยุดสูบบุหรี่ เพราะทำให้มีเสมหะมากและติดเชื้อได้ง่าย

2. พยายามฝึกหายใจให้ถูกวิธี โดยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วนับ 1-3 แล้วจึงค่อย ๆ ปล่อยหายใจออก ทำบ่อย ๆ 5-10 ครั้งต่อรอบ

3. หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง ควัน และสารเคมี

4. ถ้ามีอาการหวัด หรือเจ็บคอ ควรจะทำการหายใจที่ถูกวิธีมากขึ้นและควรทำการไอที่ถูกวิธีควบคู่ไปด้วยบ่อย ๆ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากเสมหะคั่ง และเสี่ยงต่อโรคปอดอักเสบ ถ้าอาการหวัดไม่ดีขึ้นภายใน 7-10 วัน ควรปรึกษาแพทย์

5. พยายามฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความจุของปอด (หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องแฟบ)

ปัญหาที่พบในระบบทางเดินหายใจ

ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ โดยอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ คือ

1. หายใจเร็วและตื้น

2. มีเสมหะในปอดมาก

3. ปวดศีรษะตอนเช้า ร่วมกับการมีไข้หรือซึมลง

การดูแลตนเองเบื้องต้น

1. เพิ่มการหายใจลึกๆ ให้มากขึ้น อาจทำทุก 2 ชั่วโมง

2. ทำการไออย่างถูกวิธีบ่อย ๆ โดยการหายใจเข้าลึก ๆ แล้วไอออกมาแรง ๆ ใช้มือทั้งสองข้างกดที่ท้องไว้

3. เปลี่ยนท่าอิริยาบถบ่อยๆ เช่น จากท่านั่งมาท่านอน เปลี่ยนตะแคงจากด้านหนึ่งมาอีกด้านหนึ่ง

4. ทำการเคาะปอด โดยให้ศีรษะต่ำ หรือมีผู้ช่วยเคาะปอด

5. พยายามรักษาร่างกายให้อบอุ่น แต่ไม่ร้อน โดยการอาบน้ำอุ่น หายใจโดยใช้ละอองน้ำอุ่น เพื่อละลายเสมหะ ให้ขับออกมาง่ายขึ้นโดยการทำร่วมกับการไอที่ถูกวิธี 1-2 ครั้งต่อวัน

ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 5-6 วัน หรือมีไข้สูง ควรพบแพทย์ เพราะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาจต้องใช้ยาฆ่าเชื้อ หรือยาอื่นๆ ที่จำเป็นเพื่อช่วยให้การหายใจดีขึ้น

การดูดเสมหะ

ในกรณีผู้ป่วยสามารถบ้วนเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ออกมาได้ อาจใช้ผ้าหรือสำลีเช็ดก็พอ ส่วนในกรณีผู้ป่วยเจาะคอ อาจต้องใช้เครื่องดูดเสมหะ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อป้องกันการอุดกลั้นทางเดินหายใจ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจโล่งสบาย

<u>อุปกรณ์ที่ใช้</u>

1. เครื่องดูดเสมหะ
2. สายดูดเสมหะชนิดปลอดเชื้อขนาดพอเหมาะกับหลอดลม
3. ท่อต่อเชื่อมระหว่างสายดูดเสมหะกับเครื่องดูดเสมหะ
4. ถุงมือปลอดเชื้อ หรือคีมปลอดเชื้อ
5. สำลีปลอดเชื้อ ชุบแอลกอฮอล์ 70%

<u>วิธีดูดเสมหะ</u>

1. แจ้งผู้ป่วยทุกครั้งก่อนดูดเสมหะ
2. จัดท่าที่สะดวก เช่นเงยหน้าขึ้น เหยียดคอตรง

3. ล้างมือให้สะอาด

4. เช็ดปลายท่อหายใจด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%

5. เปิดเครื่องดูดเสมหะ ใช้แรงดัน 100-120 มม.ปรอท (แบบติดฝาผนัง) หรือ 10-15 มม.ปรอท (แบบเคลื่อนที่) การใช้แรงดันแรงมากเกินไปอาจทำให้เลือดออกได้

6. ใช้คีมคีบสาย หรือใส่ถุงมือหยิบสายดูดเสมหะ สวมตรงรอยต่อระวังไม่ให้ปลายสายสัมผัสกับส่วนใด ๆ เพราะจะนำเชื้อเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย

7. สอดสายดูดเสมหะเข้าไปในท่อหายใจ ขณะสอดสายยังไม่ดูดเสมหะ

8. เมื่อใส่สายยางเข้าในตำแหน่งที่จะดูดแล้วจึงดูดเสมหะ แล้วค่อย ๆ หมุนสายยางเป็นวงกลมพร้อมกับดึงสายออกช้า ๆ ไม่ควรดูดนานเกิน 15 วินาที และพักดูดเสมหะ 20-30 วินาที จึงดูดซ้ำจนโล่ง

9. ล้างสายดูดเสมหะ และปลดสายดูดเสมหะทิ้งลงถังขยะ หากใช้แบบครั้งเดียว

10. เช็ดปลายตัวต่อด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%

11.เมื่อใช้เครื่องดูดเสมหะแบบเคลื่อนที่ ควรเปลี่ยนขวดที่ใช้เก็บเสมหะในเครื่องดูดเสมหะ อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

<u>ชนิดของท่อหลอดลม</u>

1. ท่อหลอดพลาสติก ทำความสะอาดวันละ 2 ครั้ง เช้า–เย็น และแช่ด้วยน้ำน้ำยาฆ่าเชื้อ และล้างด้วยน้ำปราศจากเชื้อก่อนนำไปใช้

2. ท่อเหล็ก ให้ต้มในน้ำเดือด นาน 30 นาที รอให้เย็นจึงนำไปใช้

หากท่อมีคราบเสมหะติดแน่น ให้แช่ด้วยน้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์เพื่อให้เสมหะหลุดง่าย

การทำแผลเจาะคอ

ควรทำทุกวัน หากแผลดี ทำวันละ 1-2 ครั้ง ถ้าแผลแฉะมาก อาจทำมากกว่านั้น หรือแล้วแต่ลักษณะแผล โดยมีอุปกรณ์คือ ชุดทำแผลปราศจากเชื้อ น้ำเกลือปราศจากเชื้อ น้ำยาฆ่าเชื้อ

<u>วิธีการทำแผล</u>

1. ล้างมือให้สะอาด
2. แกะก๊อซแผลเก่าออกก่อน
3. ใช้คีมคีบสำลี ชุบน้ำเกลือล้างแผล โดยเช็ดรอบแผล และรอบท่อ หากแผลสกปรก มีหนองอาจใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ (Betadine) เช็ดรอบแผลอีกครั้ง
4. ใช้ผ้าก๊อซรองบริเวณท่อคอ

<u>ข้อควรทราบ</u>

ญาติ/ผู้ดูแล ควรฝึกการทำแผล การทำความสะอาดท่อหายใจให้คล่อง ฝึกทำตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลเพื่อให้ความมั่นใจเมื่อต้องไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

<u>การเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน</u>

1. ทางเข้าตัวอาคาร ถ้ามีบันได จะเป็นอุปสรรคต่อผู้นั่งเก้าอี้ รถเข็น จึงควรมีทางลาดเพื่อเข็นผ่านเข้าตัวอาคารได้ และควรมีราวบันไดสำหรับผู้ใช้เครื่องพยุงเดินขณะก้าวขึ้นบันได
2. ประตูเข้าออก ควรกว้างไม่ต่ำกว่า 90 เซนติเมตร เพื่อให้เก้าอี้รถเข็นผ่านไปได้ ประตูไม่ควรหนักเกินกว่าที่จะเปิดบิดเองได้
3. พื้นในอาคาร หรือในบ้าน ควรมีระดับเท่ากัน พื้นห้องไม่ควรลื่นเกินไป หรือปูพรมหนา ทำให้ยากแก่การเข็นรถเข็น
4. ห้องน้ำ ควรมีราวสำหรับเกาะพยุงตัว หรือเคลื่อนย้ายตัวเอง ก๊อกน้ำ อ่างล้างหน้า ควรติดตั้งระดับที่จะเอื้อมถึง โถส้วมควรมีระดับสูงใกล้เคียงกับความสูงของรถเข็น ประมาณ 50 เซนติเมตร

5. อุปกรณ์ และเครื่องใช้สอยภายในบ้าน ควรจะจัดอยู่ในระดับที่ผู้ป่วยนั่งรถเข็นจะเอื้อมถึง และจัดของใช้ให้อยู่บริเวณเดียวกัน เพื่อสะดวกในการหยิบใช้

การสังเกตระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะ ในการสังเกตดูระดับ ความรู้สึกตัวของผู้ป่วย ว่ามีความผิดปกติแตกต่างไปจากเดิมหรือไม่ เพราะถือเป็นสัญญาณสำคัญในการส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยทันที

การแบ่งระดับความรู้สึกตัว

1. **รู้สึกตัวดี** เป็นระดับที่บุคคลรับรู้ตนเอง และสิ่งแวดล้อม ทราบเวลา รู้จักบุคคล สถานที่ มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่างๆ อย่างเหมาะสม

2. **ง่วงซึม** ผู้ป่วยจะซึมลงกว่าปรกติ นอนหลับเกือบตลอดเวลา แต่สามารถปลุกตื่นด้วยเสียงเรียก สามารถปฏิบัติตามคำสั่งง่ายๆ ได้ แต่หลังจากปลุกตื่นก็จะนอนหลับอีก

3. **ง่วง** ผู้ป่วยซึมมากลงไปอีก จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบก็ต่อเมื่อได้รับการกระตุ้นจากภายนอกซ้ำ ๆ กัน และรุนแรง เช่น ต้องเขย่าตัวแรงซ้ำ ผู้ป่วยอาจจะออกเสียงร้องเพียงเล็กน้อย หรือขยับแขนขาแล้วถอยหนี

4. **กระสับกระส่าย สับสน** พลิกไป พลิกมาในเตียง แขนขาฟาดไปมา ไม่สนใจคำสั่ง หรือไม่ทำตามที่บอก

5. **หมดสติไม่รู้สึกตัว** ไม่รู้ตัวแต่ยังตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด โดยการขยับแขนขาหนี

6. **โคม่า** หมดสติ ไม่รู้สึกตัว และไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดหรือสิ่งกระตุ้นใด ๆ

อาหารทางสายให้อาหาร

คุณกนกนาถ ด้วงช่วย

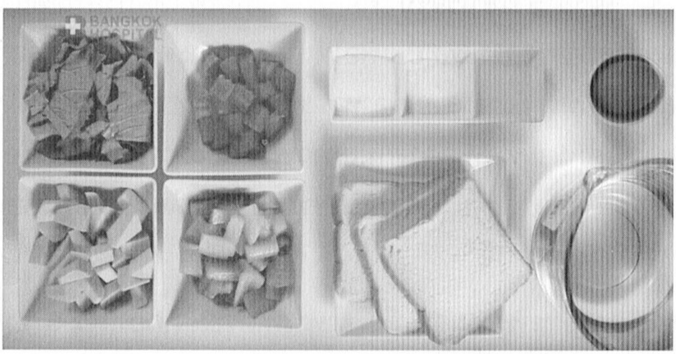
ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ แต่ระบบทางเดินอาหารยังทำงานได้ปกติ เช่น มีภาวะกลืนลำบาก หรือรับประทานอาหารทางปากได้น้อยมานานกว่า 7 วัน จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายให้อาหารเพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอกับความต้องการ ซึ่งอาหารชนิดนี้มีลักษณะเป็นของเหลวเพื่อให้สามารถไหลผ่านทางสายให้อาหาร และเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยได้โดยไม่ติดขัด โดยแบ่งออกเป็น 2 สูตรหลักๆ คือ สูตรอาหารสำเร็จรูป (Commercial Formula) และสูตรอาหารปั่นผสม (Blenderized Formula)

1. สูตรอาหารสำเร็จรูป คือ อาหารที่ผลิตโดยบริษัทอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการเลือกใช้ของแพทย์ สามารถให้ได้ทั้งทางสายให้อาหาร หรือรับประทานทางปากก็ได้ ปัจจุบันมีให้เลือกใช้มากมายหลายสูตรตามสภาวะโรคและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์หรือนักโภชนาการก่อนการนำสูตรอาหารสำเร็จรูปมาใช้

2. สูตรอาหารปั่นผสม คือ อาหารที่เตรียมจากอาหาร 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว/แป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และน้ำมัน ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้ป่วยซึ่งกำหนดโดยแพทย์หรือนักโภชนาการ จากนั้นนำวัตถุดิบที่ชั่งตวงไว้ทั้งหมดมาทำให้สุกและปั่นให้ละเอียดเพื่อให้ไหลผ่านสายให้อาหารได้โดยไม่อุดตัน อาหารปั่นผสมสูตรมาตรฐานที่ใช้ในโรงพยาบาลกรุงเทพมี 6 สูตรด้วยกันแตกต่างกันตามสภาวะโรคและความต้องการพลังงานของผู้ป่วย ดังนี้

1) อาหารปั่นผสมสำหรับผู้ป่วยทั่วไป 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน

ส่วนผสม	ปริมาณ (กรัม)
ขนมปัง	75
ฟักทอง ดิบ	120
ผักกวางตุ้ง ใบผักบุ้ง หรือใบตำลึง ดิบ	100
มะละกอสุก	100
น้ำตาลทราย	50
เนื้อสัตว์ ดิบ เช่น ปลานิล หรือสันในไก่	150
ไข่ไก่ทั้งฟอง ดิบ	50
น้ำมันพืช	20
เกลือ	4



2) อาหารปั่นผสมสำหรับผู้ป่วยทั่วไป 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน

ส่วนผสม	ปริมาณ (กรัม)
ขนมปัง	75
ฟักทอง ดิบ	160

ส่วนผสม	ปริมาณ (กรัม)
ผักกวางตุ้ง ใบผักบุ้ง หรือใบตำลึง ดิบ	100
มะละกอสุก	150
น้ำตาลทราย	60
เนื้อสัตว์ ดิบ เช่น ปลานิล หรือสันในไก่	160
ไข่ไก่ทั้งฟอง ดิบ	50
ไข่ขาว ดิบ	70
น้ำมันพืช	25
เกลือ	3.3

3) อาหารปั่นผสม สูตรมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยทั่วไป 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน

ส่วนผสม	ปริมาณ (กรัม)
ขนมปัง	25
ฟักทอง ดิบ	270
ผักกวางตุ้ง ใบผักบุ้ง หรือใบตำลึง ดิบ	180
มะละกอสุก	150
น้ำตาลทราย	75
เนื้อสัตว์ ดิบ เช่น ปลานิล หรือสันในไก่	200
ไข่ไก่ทั้งฟอง ดิบ	50
ไข่ขาว ดิบ	140
น้ำมันพืช	42.5
เกลือ	2.5

4) อาหารปั่นผสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน

ส่วนผสม	ปริมาณ (กรัม)
ฟักทอง ดิบ	250
ผักกวางตุ้ง ใบผักบุ้ง หรือใบตำลึง ดิบ	100
มะละกอสุก	80
น้ำตาลทราย	25
น้ำตาลฟรุคโตส	25
เนื้อสัตว์ ดิบ เช่น ปลานิล หรือสันในไก่	180
ไข่ไก่ทั้งฟอง ดิบ	50
น้ำมันพืช	22.5
เกลือ	4.5

5) อาหารปั่นผสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน

ส่วนผสม	ปริมาณ (กรัม)
ขนมปัง	75
ฟักทอง ดิบ	160
ผักกวางตุ้ง ใบผักบุ้ง หรือใบตำลึง ดิบ	100
มะละกอสุก	150
น้ำตาลทราย	30
น้ำตาลฟรุคโตส	30
เนื้อสัตว์ ดิบ เช่น ปลานิล หรือสันในไก่	160
ไข่ไก่ทั้งฟอง ดิบ	50
ไข่ขาว ดิบ	70
น้ำมันพืช	25

6) อาหารปั่นผสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน

ส่วนผสม	ปริมาณ (กรัม)
ฟักทอง ดิบ	180
ผักกวางตุ้ง ใบผักบุ้ง หรือใบตำลึง ดิบ	90
มะละกอสุก	90
น้ำตาลทราย	45
น้ำตาลฟรุกโตส	30
น้ำตาลเด็กซ์ตริน (มีจำหน่ายตามร้านขายยาทั่วไป)	65
เนื้อสัตว์ ดิบ เช่น ปลานิล หรือสันในไก่	260
ไข่ขาว ดิบ	70
น้ำมันพืช	45
เกลือ	3.5

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอกับความต้องการและป้องกันการติดเชื้อจากอาหาร ญาติหรือผู้ดูแลควรคำนึงถึงความสะอาด และปฏิบัติตามขั้นตอนในการเตรียมอาหารปั่นผสม ดังนี้



1) ล้างมือและภาชนะให้สะอาด

2) ต้มน้ำให้เดือด แล้วนำภาชนะที่ใช้ในการประกอบอาหารปั่นผสม ได้แก่ ช้อนตวง ทัพพี เหยือกตวงของเหลว กระชอนตาถี่ และกรวย มาต้มในน้ำเดือดประมาณ 15 นาที

3) ชั่งหรือตวงส่วนประกอบในการทำอาหารปั่นผสมให้ได้ตามปริมาณที่กำหนด

4) นำผลไม้สด ผักดิบ เนื้อสัตว์ดิบ ไข่ขาวดิบ ขนมปัง น้ำตาล น้ำมันพืช และเกลือที่ชั่งหรือตวงไว้แล้วมาต้มในน้ำเดือดประมาณ 600 มิลลิลิตร นานประมาณ 10 นาที หรือจนกว่าจะเปื่อย



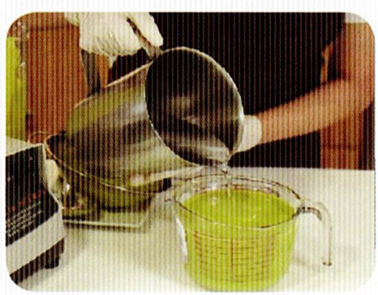
5) นำอาหารที่ต้มจนสุกมาพักไว้พออุ่นเพื่อป้องกันไม่ให้โถปั่นแตก แล้วนำมาปั่นด้วยความเร็วต่ำสุดประมาณ 1 นาที แล้วทำการเพิ่มระดับความเร็วขึ้นเรื่อยๆ จนถึงความเร็วสูงสุดในช่วงเวลาประมาณ 3 นาที จากนั้นปั่นต่ออีกประมาณ 2 นาทีจนละเอียดเป็นเนื้อเดียวกัน ปรับความเร็วกลับมาจนถึงระดับต่ำสุด และทำการปิดเครื่องปั่น



6) เทอาหารทางสายให้อาหารจากโถปั่นมากรองผ่านกระชอนตาถี่ลงในเหยือกตวงที่บอกปริมาตร โดยกากอาหารที่เหลือจากการกรองจะต้องไม่เกิน 1 ช้อนโต๊ะ เพื่อให้อาหารปั่นผสมที่ได้มีพลังงานและสารอาหารตรงตามที่แพทย์กำหนด



7) กรณีที่ปริมาณของอาหารปั่นผสมหลังการกรองไม่ตรงตามที่แพทย์กำหนด ให้เติมน้ำต้มสุกลงไปจนกว่าจะได้ปริมาณตรงตามที่ต้องการ





8) นำอาหารทางสายให้อาหารที่ได้มาบรรจุลงในถุงที่ผ่านการฆ่าเชื้อตามปริมาณที่แพทย์กำหนด โดยแบ่งเป็นมื้อๆ ให้ครบตามจำนวนมื้อที่กำหนด เมื่อบรรจุอาหารแล้วให้ปิดฝาทันทีเพื่อป้องกันการปนเปื้อน

บริโภคอย่างไร ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง

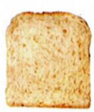
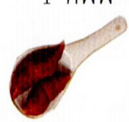
การบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงของการกลับมาเป็นโรคหลอดเลือดสมองซ้ำอีกครั้ง โดยการเลือกรับประทานอาหารที่ช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การมีระดับความดันโลหิต ระดับไขมัน และระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่าเกณฑ์ปกติ รวมถึงการมีน้ำหนักตัวเกินและการดื่มแอลกอฮอล์

1. ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ในแต่ละวันคนเราบริโภคอาหารหลากหลายชนิด จึงไม่ใช่แค่อาหารหรือสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ด้วยเหตุนี้จึงได้มีความพยายามค้นหาว่ารูปแบบการบริโภคอาหารใดที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากรายงานการศึกษาของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health; NIH) ประเทศสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. 2540 พบว่าการบริโภคอาหารแบบแดช (Dietary Approaches to Stop Hypertension; DASH) ช่วยให้ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัวลดลง 11.4 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัวลดลง 5.5 มิลลิเมตรปรอท ลักษณะสำคัญของการบริโภคอาหารแบบแดช (DASH) คือ ลดการบริโภคอาหารเค็มและอาหารมันแต่เน้นการบริโภคธัญพืช ผัก ผลไม้ ถั่วเปลือกแข็ง และนมไขมันต่ำเพิ่มขึ้น

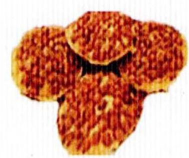
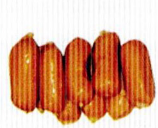
หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
เกลือ	เกลือ มีสารอาหารสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต คือ โซเดียม หากได้รับมากเกินไปจะทำให้ปริมาณน้ำในเลือดเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดขยายตัว และความดันโลหิตสูงขึ้นตามมา ใน พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดปริมาณโซเดียมสูงสุดที่ผู้ใหญ่ควรบริโภคไว้ที่ 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน โดยมาจากอาหารตามธรรมชาติ เช่น ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และน้ำมัน วันละประมาณ 800 มิลลิกรัม ดังนั้นโซเดียมที่มาจากเครื่องปรุงรสจึงไม่ควรเกินวันละ 1,200 มิลลิกรัม สำหรับอาหารที่อ่อนเค็มควรเพิ่มรสชาติโดยใช้น้ำส้มสายชู น้ำมะนาว และเครื่องเทศ เช่น พริก กระเทียม กระวาน และกานพลู 	เครื่องปรุงรสเค็ม บริโภคได้วันละประมาณ 3 ส่วน โดย เครื่องปรุงรสเค็ม 1 ส่วน ให้โซเดียมโดยเฉลี่ย 400 มิลลิกรัม มีปริมาณเท่ากับ  เกลือ 1/4 ช้อนชา  ผงปรุงรส 1/2 ช้อนชา  กะปิ 1 ช้อนชา  น้ำปลาหรือซีอิ๊ว 1 ช้อนชา  น้ำปลาหรือซีอิ๊วลดโซเดียม 2 ช้อนชา  ซอสหอยนางรม 1 ช้อนโต๊ะ  ซอสพริกหรือซอสมะเขือเทศ 2 ช้อนโต๊ะ

หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
		สำหรับผู้ที่รับประทานอาหารนอกบ้านควรหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว และจำกัดการรับประทานน้ำซุปหรือน้ำแกงในอาหาร
น้ำมัน	น้ำมัน มีกรดไขมัน 2 ชนิด คือ กรดไขมันไม่อิ่มตัว และกรดไขมันอิ่มตัว โดยกรดไขมันไม่อิ่มตัวมีผลทำให้ไขมันตัวร้าย (Low Density Lipoprotein; LDL) ในเลือดลดลงซึ่งช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กรดไขมันชนิดนี้พบมากใน  น้ำมันรำข้าว  น้ำมันมะกอก  น้ำมันถั่วลิสง  น้ำมันคาโนล่า  น้ำมันถั่วเหลือง  น้ำมันข้าวโพด ปริมาณน้ำมันที่ควรบริโภคต่อวัน คือ 5 – 9 ช้อนชา	กรดไขมันอิ่มตัว มีผลทำให้ไขมันตัวร้าย (LDL) ในเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจไปเกาะตามผนังหลอดเลือดและทำให้หลอดเลือดอุดตันได้ กรดไขมันชนิดนี้พบมากใน  น้ำมันปาล์ม  น้ำมันหมูหรือน้ำมันไก่  กะทิ  เนยขาว  เนยสด  มาการีน

หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
ข้าว/แป้ง	ข้าว/แป้ง มีสารอาหารสำคัญที่ช่วยลดความดันโลหิต คือ โพแทสเซียม และแมกนีเซียม โดยโพแทสเซียม ช่วยในการขับน้ำและโซเดียมออกจากร่างกาย จึงช่วยป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้ ส่วนแมกนีเซียมทำหน้าที่ยับยั้งการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว และช่วยให้ความดันโลหิตลดลงได้ ข้าว/แป้งที่เป็นแหล่งของสารอาหารทั้งสอง ได้แก่ ข้าวกล้อง ธัญพืช และถั่วเมล็ดแห้ง ซึ่งควรรับประทานให้ได้วันละ 8 -12 ทัพพี โดยข้าว/แป้ง 1 ทัพพี มีปริมาณเท่ากับ  ขนมปังโฮลวีต 1 แผ่น  ข้าวกล้อง 1 ทัพพี  เผือก 1 ทัพพี  มันเทศ 1 ทัพพี  ถั่วแดง 1 ทัพพี  ถั่วเขียว 1 ทัพพี	ควรหลีกเลี่ยงข้าว/แป้งที่มีโซเดียมและไขมันสูง ได้แก่ เบเกอร์รี่ เช่น  โดนัท  เค้ก  พาย ขนมอบ เช่น  ขาไก่  ขนมปังอบ  ข้าวโพดคั่ว ขนมทอด เช่น  มันฝรั่งทอด  ปาท่องโก๋  กะหรี่ปั๊บ

หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
ผัก	ผัก มีสารอาหารสำคัญที่ช่วยลดความดันโลหิต คือ โพแทสเซียม และแมกนีเซียม ซึ่งพบมากในผักสีเข้ม เช่น บร็อคโคลี่ มะเขือเทศ และแครอท อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้รับสารอาหารอื่นๆ เพียงพอกับความต้องการจึงควรรับประทานผักให้หลากหลายชนิด หลากหลายสีสัน และควรรับประทานให้ได้วันละ 4 – 6 ทัพพี โดยผัก 1 ทัพพี มีปริมาณเท่ากับ  ผักคะน้า 1 ทัพพี  ผักกาดขาว 1 ทัพพี  มะเขือเทศ 1 ทัพพี  แครอท 1 ทัพพี	ควรหลีกเลี่ยงผักที่มีโซเดียมและไขมันสูง ได้แก่ ผักดอง เช่น  ผักกาดดอง  หน่อไม้ดอง  กระเทียมดอง  ผักทอด

หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
ผลไม้	ผลไม้ มีสารอาหารสำคัญที่ช่วยลดความดันโลหิต คือ โพแทสเซียม และแมกนีเซียม ซึ่งพบมากในผลไม้สีเข้ม เช่น ส้ม กล้วยหอม แคนตาลูป มะละกอสุก แต่เพื่อป้องกันการขาดสารอาหารชนิดอื่น ๆ จึงควรรับประทานผลไม้ให้หลากหลายชนิด วันละ 3 – 5 ส่วน โดยผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับ  แอปเปิ้ล 1 ผล  ส้ม 1 ผล  กล้วยหอม 1/2 ผล  มะละกอสุก 4 ชิ้น  มังคุด 3–4 ผล  ลองกอง 8–10 ผล	ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ ผลไม้ดอง เช่น  มะยมดอง  มะดันดอง ผลไม้แช่อิ่ม เช่น  มะม่วงแช่อิ่ม  มะขามแช่อิ่ม

หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
ถั่วเปลือกแข็ง	ถั่วเปลือกแข็งเป็นแหล่งของโพแทสเซียม และแมกนีเซียมที่ช่วยลดความดันโลหิตได้เช่นกัน แต่เนื่องจากเป็นอาหารที่มีไขมันสูง จึงควรรับประทานในปริมาณจำกัด คือ 30 กรัมต่อวัน   ถั่วลิสง 30 กรัม เม็ดมะม่วงหิมพานต์ 30 กรัม   อัลมอนด์ 30 กรัม แมคคาเดเมีย 30 กรัม	ควรหลีกเลี่ยงถั่วที่มีโซเดียมและกรดไขมันอิ่มตัวสูง เช่น  ถั่วอบเกลือ  ถั่วทอด
เนื้อสัตว์	เนื้อสัตว์ เป็นแหล่งของโปรตีนที่ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อ และยังมีแมกนีเซียมที่ช่วยลดความดันโลหิต แต่เนื้อสัตว์มีกรดไขมันอิ่มตัวสูง จึงควรเลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือหนังวันละ 6-12 ช้อนโต๊ะ โดย 1 ช้อนโต๊ะ มีปริมาณเท่ากับ   หมู 1 ช้อนโต๊ะ ไก่ 1 ช้อนโต๊ะ	ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ที่มีโซเดียม และไขมัน เช่น  เนื้อสัตว์แปรรูป  เนื้อสัตว์บรรจุกระป๋อง

หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
เนื้อสัตว์	 ปลา 1 ช้อนโต๊ะ  กุ้ง 1 ช้อนโต๊ะ  เต้าหู้แข็ง 1 ช้อนโต๊ะ  ไข่ขาว 1 ฟอง	 เนื้อสัตว์ทอด  เนื้อสัตว์ติดมัน  ตับ  ปลาหมึก  หอย  ไข่แดง บริโภคได้ไม่เกิน 4 ฟอง/สัปดาห์
นม	นม เป็นแหล่งของสารอาหารช่วยลดความดันโลหิตที่สำคัญ คือ โพแทสเซียม โดยเฉพาะแคลเซียม ซึ่งสันนิษฐานว่าช่วยทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว และลดปริมาณเลือดในหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ยังช่วยขับโซเดียมออกไปกับปัสสาวะ แต่เนื่องจากนมมีกรดไขมันอิ่มตัวสูง จึงควรเลือกดื่มนมไขมันต่ำให้ได้วันละ 1 – 2 ส่วน โดยนม 1 ส่วนมีปริมาณเท่ากับ	ควรหลีกเลี่ยงนมที่มีไขมันสูง เช่น  นมครบส่วน  นมรสหวาน

หมวดอาหาร	อาหารที่ควรรับประทาน	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
นม	 นมไขมันต่ำ 250 มิลลิลิตร  โยเกิร์ตไขมันต่ำ 1 ถ้วย  ชีสไขมันต่ำ 2 แผ่น  นมถั่วเหลือง 250 มิลลิลิตร	 นมข้นจืดหรือหวาน  ชีสปกติ  ไอศกรีม  วิปครีม
เครื่องดื่ม	เครื่องดื่มที่ช่วยควบคุมความดันโลหิต ได้แก่  น้ำเปล่า  น้ำชา  เครื่องดื่มธัญพืช  น้ำผลไม้คั้นสด เครื่องดื่มรสหวานสามารถดื่มได้ แต่จะต้องไม่ทำให้น้ำตาลที่บริโภคต่อวันเกิน 6 ช้อนชา โดยเฉลี่ยเครื่องดื่มรสหวาน 1 แก้ว (250 มิลลิลิตร) มีน้ำตาล 5 ช้อนชา	ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีโซเดียม และไขมันสูง เช่น  เครื่องดื่มเกลือแร่  เครื่องดื่มชูกำลัง  น้ำผักหรือน้ำผลไม้กล่อง  กาแฟใส่ครีมเทียม

แม้ว่าการบริโภคอาหารแบบแดชจะมีความปลอดภัยและช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ แต่รูปแบบการบริโภคนี้ก็มีโพแทสเซียม และฟอสฟอรัสสูง ซึ่งไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากไตทำหน้าที่ในการขับแร่ธาตุเหล่านี้ออกจากร่างกาย สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังควรปรึกษาแพทย์หรือนักโภชนาการเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะโรค

2. ผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ปล่อยให้น้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น ตาบอด ไตวาย โรคหัวใจ รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมดังนี้

น้ำตาลในเลือดก่อนอาหาร (FBS)	80 – 130	มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
น้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1–2 ชั่วโมง (PPG)	180	มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
น้ำตาลเฉลี่ยสะสมนาน 3 เดือน (HbA1C)	<7	%

อาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด คือ อาหารที่เป็นแหล่งของคาร์โบไฮเดรต ได้แก่ ข้าว/แป้ง ผัก ผลไม้ นม เครื่องดื่มรสหวาน และน้ำตาลทราย ซึ่งควรจำกัดการรับประทานตามปริมาณที่แสดงในอาหารสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ยกเว้นเครื่องดื่มรสหวาน น้ำตาลทราย และน้ำผึ้งที่ควรงดหรือลดการบริโภค เลือกรับประทานผลไม้สดแทนการดื่มน้ำผลไม้ และใช้น้ำตาลเทียมแทนน้ำตาลทราย แต่ในกรณีที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำโดยทั่วไปมักน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ร่วมกับมีอาการน้ำตาลในเลือด

ต่ำ เช่น เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย มือสั่น ใจสั่น หรือปวดศีรษะ จะต้องดื่มน้ำหวานที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม เช่น น้ำผลไม้ 1 แก้ว (120 มิลลิลิตร) หรือน้ำเชื่อมเข้มข้น 1 ช้อนโต๊ะ หลังจากนั้น 15 นาทีให้ตรวจน้ำตาลในเลือดซ้ำอีกครั้ง หากยังมีระดับต่ำอยู่ให้ดื่มน้ำหวานที่มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ซ้ำอีกครั้งจนกว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะกลับมาเป็นปกติ

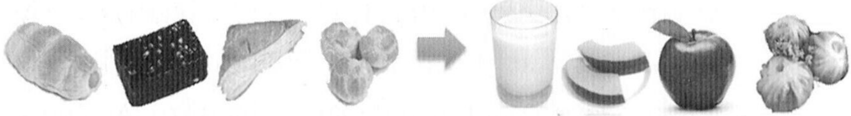
3. ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน

น้ำหนักเกินหรือไม่สามารถประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกายซึ่งเท่ากับ $\frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$ หากผลลัพธ์ที่ได้มีค่าตั้งแต่ 23 ถึง 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตรแสดงว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน แต่ถ้าหากมีค่าตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปแสดงว่าอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงโรคหลอดเลือดสมอง มีงานวิจัยมากมายแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกิน หากสามารถลดน้ำหนักลงได้ร้อยละ 5 – 10 ของน้ำหนักตัวเดิมในเวลา 6 เดือน จะทำให้ความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลในเลือดดีขึ้นตามไปด้วย โดยมีเป้าหมายระยะสั้น คือ ในเวลา 1 สัปดาห์ควรลดน้ำหนักให้ได้ 0.5 – 1 กิโลกรัม นั่นหมายความว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินจะต้องชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวัน อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เพื่อใช้ในการติดตามว่าอาหารที่รับประทานมีความถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ การจะลดน้ำหนักให้ได้ตามเป้าหมายที่กล่าวข้างต้นนั้นมีข้อควรปฏิบัติ ดังนี้

- ลดพลังงานจากอาหารปกติที่รับประทานวันละ 500–750 กิโลแคลอรี หรือรับประทานวันละ 1,200–1,500 กิโลแคลอรีสำหรับผู้หญิง และวันละ 1,500–1,800 กิโลแคลอรี สำหรับผู้ชายตามข้อแนะนำของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา (American Heart Association) พ.ศ. 2556

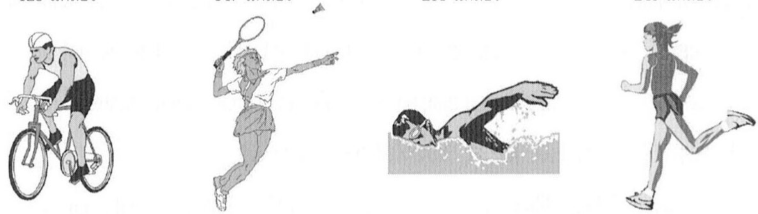
อาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรีต่อวัน)						
	1,200	1,300	1,400	1,500	1,600	1,700	1,800
ข้าว/แป้ง (ทัพพี)	4	5	6	6	7	7	8
ผัก (ทัพพี)	4	4	4	4	4	5	5
ผลไม้ (ส่วน)	3	3	3	3	3	3	3
นม (แก้ว)	1	1	1	1	1	1	1
เนื้อสัตว์ (ช้อนโต๊ะ)	9	10	11	12	13	14	15
น้ำมัน (ช้อนชา)	4	4	4	5	6	6	6

- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีพลังงานสูง เช่น ขนมหวาน เครื่องดื่มรสหวาน เนื้อสัตว์ติดมัน และอาหารทอด
- รับประทานผักเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผักใบ เพื่อเพิ่มใยอาหาร และทำให้อิ่มนาน
- รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เพื่อป้องกันไม่ให้ขาดสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งขณะลดน้ำหนัก
- ไม่งดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง เพราะการอดอาหารจะทำให้หิวและรับประทานอาหารในมื้อถัดไปเพิ่มขึ้น รวมทั้งทำให้อัตราการเผาผลาญลดลง ซึ่งส่งผลให้น้ำหนักลดลงได้ยาก
- ถ้ารู้สึกหิวระหว่างมื้อหลักควรเลือกรับประทานอาหารพลังงานต่ำ



ขนมปังไส้กรอก 332 แคลอรี่ | บราวนี่ 352 แคลอรี่ | พาย 175 แคลอรี่ | เอแคลร์ 175 แคลอรี่ | นมไร้ไขมัน 80 แคลอรี่ | ฟักทอง 25 แคลอรี่ | แอปเปิ้ล 60 แคลอรี่ | กุยช่ายนึ่ง 108 แคลอรี่

- ออกกำลังกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือ 30 นาทีต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์



พลังงานที่ใช้ในการออกกำลังกายนาน 30 นาทีในผู้ที่มีน้ำหนัก 50 กิโลกรัม

4. ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์

การศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าวันละ 5 ดริงค์ (60 กรัม) มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าการดื่มวันละไม่เกิน 1-2 ดริงค์ (12-24 กรัม) ด้วยเหตุนี้ ใน พ.ศ. 2554 สมาคมโรคหลอดเลือดสมองแห่งสหรัฐอเมริกา (American Stroke Association) จึงแนะนำให้จำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกินวันละ 1 ดริงค์สำหรับผู้หญิง และ 2 ดริงค์สำหรับผู้ชาย



เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2015. Diabetes Care 2015;38(suppl 1):S1-S93.
2. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. N Engl J Med 1997;336:1117–24.
3. Corrigan ML, Escuro AA, Kirby DF. Handbook of Clinical Nutrition and Stroke. New York: Springer Science & Business Media, 2013.
4. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2011;42:517–84.
5. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation 2014 Jun 24;129 (25 Suppl 2):S102-38.
6. Sacks FM, Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Volllmer WM, Svetkey LP, et al. A Dietary Approach to Prevent Hypertension: A Review of the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Study Clin cardiol 1999;22(7 suppl):III6-III10.

7. Wirth R, Smoliner C, Jger M, Warnecke T, Leischker HA, Dziewas R. Guideline clinical nutrition in patients with stroke. Exp Transl Stroke Med 2013;5:14.
8. World Health Organization. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization, 2012.
9. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการวิจัยการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบซ้ำ: อาหารสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555.
10. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. เมนูแนะนำวันนี้: กินเค็มน้อยลงสักนิด พิชิตโรคความดันฯ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม, 2555.

การประเมินภาวะซึมเศร้า

คุณอกนิษฐา สีบุญเรือง

การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง อาจส่งผลให้ผู้ป่วย และ/หรือผู้ดูแลเกิดภาวะวิตกกังวล เครียด เนื่องจากต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง สำหรับผู้ป่วยอาจจะเครียดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความสามารถในบทบาทหน้าที่ที่เคยทำได้ ความสามารถในการคิดตัดสินใจ เป็นต้น ส่วนญาติและคนใกล้ชิดผู้ป่วย อาจเกิดภาวะดังกล่าวจากการดูแลผู้ป่วย ภาวะอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ความรับผิดชอบในครอบครัวที่มากขึ้น ผู้ป่วยรวมทั้งญาติและคนใกล้ชิดบางรายอาจมีการยอมรับและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม แต่บางรายอาจไม่สามารถทำใจยอมรับได้ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะในเรื่องภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งในระยะเริ่มแรกและระยะหลังของการป่วย อาจส่งผลต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วย และภาวะซึมเศร้าในญาติสามารถส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย กรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำแบบประเมินภาวะซึมเศร้าเพื่อใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า ดังนี้

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

ข้อแนะนำให้ผู้ประเมินกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2คำถาม (2Q)

ข้อ	คำถาม	มี	ไม่มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่		
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่		

การแปลผล

- ถ้าตอบ "ไม่มี" ทั้ง 2 คำถาม ถือ ว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า
- ถ้าตอบ "มี" ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ/หรือ ในคำถามที่ 2) หมายถึง "เป็นผู้มีความเสี่ยง" หรือ "มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า" ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินต่อตามตารางด้านล่าง

แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ข้อ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยเพียงใด	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1– 7 วัน	เป็นบ่อย 8-13 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดช้า ทำอะไรช้าจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
	คะแนนรวมในแต่ละช่อง				
	คะแนนรวมทั้งหมด				

การแปลผลคะแนน ให้รวมคะแนนที่ได้จากข้อ 1-9

น้อยกว่า 7	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
7-12	มีภาวะซึมเศร้า **ระดับน้อย**
13-18	มีภาวะซึมเศร้า **ระดับปานกลาง**
19 ขึ้นไป	มีภาวะซึมเศร้า **ระดับรุนแรง**

แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild Depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น แจ่มใส อารมณ์เศร้า เหงาหงอยชั่วคราวซึ่งบุคคลทั่วไปรู้สึกได้ในบางครั้ง การนอนลดลง อาจหลับยากหรือตื่นเช้ากว่าปกติ อาจมีสาเหตุหรือไม่ก็ได้ เริ่มคิดลบเปรียบเทียบตนกับผู้อื่นความตั้งใจทำงานต่าง ๆ ลดลง ต้องการความช่วยเหลือ แนะนำ การเอาใจใส่

การดูแล ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พูดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate Depression) มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงขึ้น จนมีผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวและการงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่อาจไม่สมบูรณ์ อาการเป็นมากช่วงเช้า รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อ่อนเพลีย มีพละกำลังลดลง รู้สึกตนเองไร้ค่า ตำหนิตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย กังวลกับสุขภาพ หลีกหนีสังคม แยกตัว อาจคิดอยากตาย ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พูดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ

- แนะนำวิธีการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยระบายความรู้สึก การนวด การฟังเพลง การทำสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หากไม่ดีขึ้น ให้รายงานแพทย์

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe Depression) มีอารมณ์เศร้าตลอดเวลา สิ้นหวัง มองตนเองด้านลบ ไม่มีคุณค่า คิดอยากตายมากขึ้น แยกตัวมากขึ้น สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต การตัดสินใจเสียแม้เรื่องง่ายในชีวิตประจำวันไม่สนใจดูแลตนเอง อาจนั่งอยู่ท่าเดียวนาน ๆ หรือกระวนกระวายอยู่ไม่สุข นอนน้อยลง อ่อนเพลีย บางคนไม่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง

การดูแล

- ค้นหาและประเมินปัญหาด้านจิตสังคม พูดคุยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกให้กำลังใจ
- แนะนำให้ปรึกษาแพทย์ เพราะอาจมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อสังเกตผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตาย (Suicidal Warning Signs)

- มีปัญหาการกินที่มากเกินไป หรือน้อยเกินไป
- การนอนพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน
- แยกตัว ไม่สุงสิงกับคนอื่น
- เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน
- ทำสิ่งที่เสี่ยงภัยโดยไม่จำเป็น
- ไม่สนใจรูปลักษณ์ภายนอกของตนเอง
- เพิ่งมีหรือเคยมีการสูญเสียที่รุนแรงในชีวิต
- หมกมุ่นเรื่องความตายและการตาย บ่นอยากตาย
- พูดคุยถึงการฆ่าตัวตาย เตรียมตัวที่จะตายโดยจัดการภาระสุดท้าย ยกสมบัติส่วนตัวให้แก่ผู้อื่น

หากมีอาการดังกล่าว แนะนำให้ปรึกษาแพทย์เพื่อช่วยเหลือและรักษา

ภาวะหัวใจหยุดเต้น

นพ. นพสิทธิ์ ธนะธีระพงศ์

ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Sudden Cardiac Arrest) เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย ส่วนมากมักเกิดจากโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ทางเดินหายใจอุดกั้น (สำลักอาหาร) จมน้ำ

โดยพบว่า 70% ของผู้มีภาวะหัวใจหยุดเต้นมักเกิดเหตุที่บ้าน และเพียง 10% เท่านั้น ที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยการ CPR และสามารถมีชีวิตรอดและออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นการช่วยเหลืออย่างมั่นใจและรวดเร็วโดยครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดนั้นทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมีมากขึ้น

ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถหายใจได้ ระบบไหลเวียนเลือดไม่สามารถนำ Oxygen ไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ได้ เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ถ้าสมองขาด Oxygen เกิน 10 นาที จะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้

CPR (Cardiopulmonary Resuscitation)

เป็นหัตถการฉุกเฉิน ทำเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest) ให้ยังคงรักษาเลือดเพื่อไปเลี้ยงสมองได้ และเพื่อให้ระบบไหลเวียนเลือดกลับมาทำงานได้อย่างปกติ

ผู้ที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนั้นมักจะหมดสติ ไม่หายใจ หรือหายใจเฮือก (Gasping, Agonal breathing)

CPR ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. การช่วยหายใจ (Rescue breathing) เพื่อให้ Oxygen เข้าสู่ปอดผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการเป่าปาก หรือใช้อุปกรณ์ช่วยหายใจ

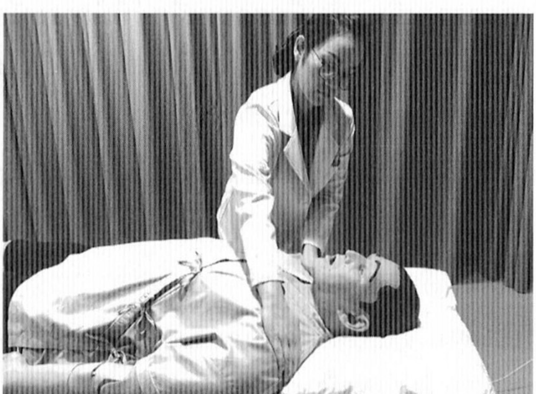
การกดหน้าอก (Chest Compression) เพื่อช่วยให้หัวใจปั๊มเลือดให้ไหลเวียนไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญได้ เช่น สมองและหัวใจ

การ CPR ทันทีนั้นสามารถช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตให้ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นได้ แต่ในบางภาวะจำเป็นต้องใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าอัตโนมัติ (AED) เพื่อแก้ไขภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (Ventricular Fibrillation; VF) ร่วมด้วย ซึ่งสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้ถึง 40% โดยในปัจจุบันจะพบได้ว่าตามสถานที่สาธารณะต่าง ๆ จะมีการติดตั้งเครื่อง AED ไว้เพื่อการนี้ด้วย

ขั้นตอนง่าย ๆ ถ้าพบผู้ป่วยหมดสติ ให้ทำ (CHECK-CALL-CARE)

CHECK ตรวจดูความปลอดภัยสิ่งแวดล้อม และ ตรวจดูผู้ป่วยถ้าไม่หายใจ ไม่รู้สึกตัว

- โดยดูสภาพแวดล้อมผู้ป่วย ไม่มีภาวะอันตราย เช่น ไฟฟ้ารั่ว ไฟไหม้ น้ำมันรั่ว
- เรียกปลุกตื่นผู้ป่วย โดยการตบที่ไหล่หรือที่หน้าอก และเรียกผู้ป่วย
- ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองและไม่มีการหายใจ (โดยดูจากหน้าอกไม่กระเพื่อม) ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น



CALL ตามคนมาช่วยหรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือจากเบอร์ 1669 และตามเครื่อง AED (ถ้ามี)

- ให้ตะโกนเรียกคนใกล้เคียงมาช่วยเหลือการทำ CPR "ช่วยด้วย ๆ มีคนหมดสติ"
- โทรศัพท์ไปที่เบอร์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อตามรถพยาบาลและทีมกู้ชีพ
- ถ้าในบริเวณนั้นมี AED ให้นำเครื่องมาติดด้วย

CARE ให้ CPR ทันที โดยปกติการทำ CPR ต้องมีการกดหน้า 30 ครั้ง สลับกับเป่าปาก 2 ครั้ง แต่ถ้าไม่สะดวก สามารถให้การช่วยเหลือกดหน้าอกอย่างเดียวได้ (Hands-Only CPR)

ขั้นตอนการทำ CPR อย่างละเอียด

- จัดท่าผู้ป่วยนอนในท่านอนหงายราบกับพื้นแข็ง
- ผู้ช่วยคุกเข่าข้างลำตัวผู้ป่วย ให้เข่าเสมอระดับไหล่ผู้ป่วย
- วางส้นมือข้างหนึ่งกลางกระดูกหน้าอก (Sternum) วางมืออีกข้างทับลงไปนิ้วมือเกี่ยวนิ้วมือล่างขึ้น ให้ไหล่อยู่เหนือมือทั้ง 2 ข้าง โดยมือ ข้อศอกและหัวไหล่เหยียดตรงเป็นแนวเดียวกัน



- กดหน้าอกโดยการโน้มตัวไปข้างหน้า ใช้น้ำหนักตัวกดให้หน้าอกยุบ 5-6 ซม. และปล่อยให้หน้าอกยกจนสุด นับเป็น 1 ครั้ง ทำไปเรื่อย ๆ จนครบ 30 ครั้ง ให้นับเสียงดัง หนึ่ง และสอง และ... นับไปจนถึง สามสิบ อัตราการกดหน้าอกเร็ว 100-120 ครั้งต่อนาที หรือ 30 ครั้งใน 15 วินาที
- หยุดกดหน้าอก มาเปิดทางเดินหายใจและเป่าปากผู้ป่วย 2 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 1 วินาที ให้หน้ายกขึ้นเล็กน้อย (ถ้าไม่สะดวกให้ข้ามขั้นตอนนี้แล้วทำการกดหน้าอกอย่างเดียวต่อเนื่องได้)

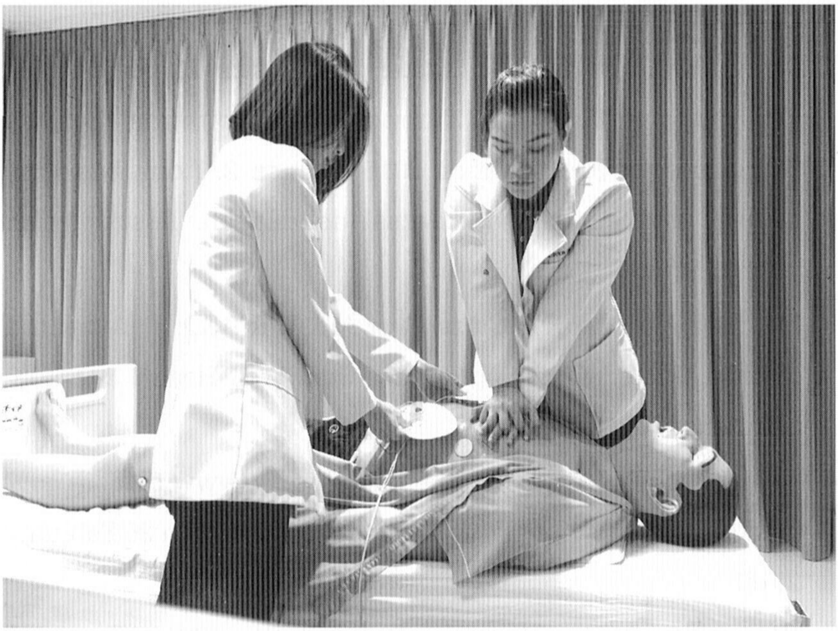


กดหน้าอก



เป่าปาก

- ทำแบบนี้ไปจนครบ 5 รอบ หรือ 2 นาทีและกลับมาประเมินผู้ป่วยซ้ำ ถ้าไม่หายใจไม่รู้สึกตัวให้ทำ CPR ต่อไป
- ถ้าเครื่องกระตุกหัวใจอัตโนมัติ (AED) มาถึง ให้ทำการเปิดเครื่อง ติดแผ่นแปะหน้าอกและทำตามคำสั่งของเครื่องได้ทันที



เอกสารอ้างอิง

1. Chair MEK, Brennan EE, Goldberger ZD, Swor RA, Terry M, Bobrow BJ, et al. 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2015;132:S414-35.
2. Perkins GD, Handley AJ, Koster RW, Castrn M, Smyth MA, Olasveengen T, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external debrillation. Resuscitation 2015;95:81-99.
3. American National Red Cross. First Aid/CPR/AED: Participant's Manual. 2nd ed. Washington DC: Stay Well Health & Safety Solutions, 2014.
4. Heller JL. CPR. 2015. Available from: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000010.htm (Accessed on 25 February 2016).
5. Wikipedia. Cardiopulmonary Resuscitation. 2016. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Cardiopulmonary_resuscitation (Accessed on 25 February 2016).

ขั้นตอนปฏิบัติการช่วยชีวิตด้วยเครื่อง AED

LIFE-SAVING PROCEDURE USING AED DEVICE

1



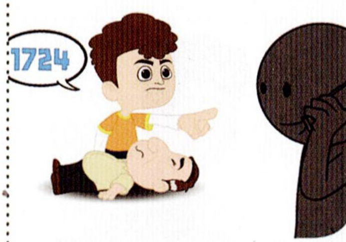
ตรวจสอบความปลอดภัยก่อนเข้าช่วยเหลือ แล้วตรวจดูระดับความรู้สึกตัว โดยการตบที่หัวไหล่ และร้องถาม **"คุณเป็นอย่างไรบ้างคะ / ครับ"**

First check the patient's condition and level of consciousness.
Pat the patient on the shoulders and ask,
"Sir/Ma'am, How are you feeling?"

2

ขอความช่วยเหลือ
โทร **1724**
นำเครื่อง AED มา

Call 1724 and ask for help.
Request the AED.



3



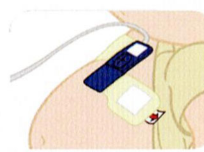
เริ่มทำการกดหน้าอก โดย
- หาตำแหน่งวางมือบนหน้าอก
- กดลึกประมาณ 2 นิ้ว และให้หน้าอกขยายกลับสุด
- กดเร็วอย่างน้อย 100 ครั้งต่อนาที

Begin chest compression.
- Find the right position on the patient's chest and place the hands on it.
- Push down 2 inches on the center of the chest.
- Pump hard and fast at a rate of at least 100/minute.

4







เมื่อเครื่อง AED มาถึง ตั้งเครื่องดังนี้
- เปิดเครื่อง AED
- ติดแผ่นวิเคราะห์สัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้งานเครื่อง
- กดหน้าอกต่อเนื่องตลอดเวลาที่ติดตั้งเครื่อง AED

Once the AED arrives, follow the commands...
- Switch on the device.
- Apply the electrode pads to the patient's chest.
- Follow the commands on the device.
- Continue pumping the patient's chest while the AED is being installed.

4.1

หากเครื่อง AED แปลผลว่า

PRESS FLASHING SHOCK BUTTON

จำเป็นต้องช็อกไฟฟ้าผู้ประสบเหตุให้ตะโกน "ถอยห่าง" / และกดปุ่ม "ช็อก"



If the AED displays the message **PRESS FLASHING SHOCK BUTTON...** shout "CLEAR" and press the "SHOCK" button.

4.2

หากเครื่อง AED แปลผลว่า START CPR ไม่จำเป็นต้องช็อกไฟฟ้าผู้ประสบเหตุ ทำการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะมีเจ้าหน้าที่มาช่วยเหลือ



If the AED displays the message **START CPR...** there is no need for electric shock from the AED. Continue the life-saving procedure of pumping the patient's chest until the arrival of medical professionals.

ผู้มีจิตศรัทธาสามารถร่วมบริจาคสมทบทุนให้มูลนิธิเวชดุสิต ในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อกิจกรรมผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ที่

ธนาคารกสิกรไทย
สาขาโรงพยาบาลกรุงเทพ
ประเภทออมทรัพย์
ชื่อบัญชี มูลนิธิเวชดุสิต
เลขที่ 008-8-81502-5

Certificate of Distinction

has been awarded to the

Primary Stroke Program

of

Bangkok Hospital Medical Center

Bangkok, Thailand

by

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL
QUALITY APPROVAL

based on a review of compliance with
international standards, clinical guidelines and outcomes of care

Effective 6 January 2015 through 5 January 2018

Clarion E. Johnson, MD
Chair

Paula Wilson
President, Chief Executive Officer

Joint Commission International is a division of
Joint Commission Resources Inc., an affiliate of
The Joint Commission.

CN 2038.1



เรียนรู้จากผู้ป่วย

นพ. ชาญพงศ์ ตังคณะกุล

เรียนรู้จากผู้ป่วย

9 786164 068988 >

99.- บาท